

SUSANA CRISTINA MOURA TRINDADE

**ESTUDO DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE
ÚLCERAS DE PRESSÃO NA UNIDADE DE
PROMOÇÃO DE AUTONOMIA E BEM-ESTAR DA
ENCARNAÇÃO**

**Orientador: Professora Doutora Felipa Cristina Henriques Rodrigues
Lopes dos Reis**

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2013

SUSANA CRISTINA MOURA TRINDADE

**ESTUDO DA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE
ÚLCERAS DE PRESSÃO NA UNIDADE DE
PROMOÇÃO DE AUTONOMIA E BEM-ESTAR DA
ENCARNAÇÃO**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados no I Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Felipa Cristina Henriques Rodrigues Lopes dos Reis

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2013

RESUMO

“Estudo da Incidência e Prevalência de Úlceras de Pressão na Unidade de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação” é o título desta dissertação, cujo principal objectivo se constituiu como a determinação das taxas de incidência e prevalência de Úlceras de Pressão, caracterização dos utentes e das Úlceras de Pressão, bem como dos comportamentos dos profissionais relacionados com as mesmas, na referida Unidade e no primeiro semestre de 2012.

O estudo é não experimental, perspectivado e descritivo correlacional, tendo-se obtido dados de todos os utentes que desenvolveram e apresentaram Úlcera(s) de Pressão enquanto internados na Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação e integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no primeiro semestre de 2012.

Observa-se que a população estudada é marcadamente envelhecida, dependente e a maior parte dos seus indivíduos apresenta Elevado Risco de desenvolver Úlceras de Pressão.

Obteve-se um valor de Taxa de Incidência de Úlceras de Pressão de 1,02%. A referir que a maior parte das Úlceras de Pressão desenvolvidas ocorreu na Tipologia de Média-Duração e Reabilitação. No que diz respeito à Taxa de Prevalência, o valor obtido foi de 11,46%. Também na prevalência se demarca a tipologia de Média-Duração e Reabilitação, com o maior número de casos observado.

Pode afirmar-se com a realização deste estudo que existem vários *handicaps* nos cuidados preventivos e de manutenção em indivíduos com Úlceras de Pressão na UPABE, nomeadamente na aplicação de Material de Prevenção, na administração de Suplementação Nutricional Oral e na diversificação de Rotinas de Posicionamento/mobilização.

O Diagnóstico de Admissão dos utentes onde a incidência e prevalência de Úlceras de Pressão se verificaram em maior número foi o Acidente Vascular Cerebral.

Neste estudo, classificou-se a amostra como não probabilística por conveniência, correspondente à população alvo identificável ou população acessível.

ABSTRACT

"Study of Incidence and Prevalence of Pressure Ulcers in the Unit for the Promotion of Autonomy and Well-Being of Encarnação " is the title of this thesis, the main objective was constituted as determining the incidence and prevalence of Pressure Ulcers, characterization of patients and of Pressure Ulcers, as well as the behavior of professionals related to the same, in that unit and in the first half of 2012.

The study is non-experimental, descriptive correlational perspective and has been obtained information of all patients who have developed and presented Pressure Ulcer(s) while hospitalized in the Unit for the Promotion of Autonomy and Well-Being of Encarnação and integrated into the National Network of Continuous Care in the first half of 2012.

It was observed that the aging population is markedly dependent and most of its individual features High Risk of developing pressure ulcers.

It was obtained a value of Incidence Rate of Pressure Ulcers of 1.02%. It was also noted that most of the developed pressure ulcers occurred in Type of Medium-Term and Rehabilitation. Regarding the Prevalence Rate, the value obtained was 11.46%. In prevalence was also notorious the typology Medium-Term and Rehabilitation, with the largest number of cases observed.

It can be stated with this study that there are several handicaps in preventive care and maintenance in individuals with Pressure Ulcers in the referred care Unit, particularly in the implementation of Prevention Material, in administering Oral Nutrition Supplementation and diversification of routines of mobilization/positioning.

Admission Diagnosis of patients where the incidence and prevalence of pressure ulcers occurred in greater numbers was the stroke.

In this study, the sample is classified as non-probabilistic by convenience, corresponding to the target population identifiable and accessible population.

ÍNDICE

Pag

INTRODUÇÃO.....	12
------------------------	-----------

CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA

1 – ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	17
1.1 – EPIDEMIOLOGIA.....	17
1.2 – DEFINIÇÃO.....	20
1.3 – CLASSIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	21
1.4 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO.....	24
1.5 – FACTORES DE RISCO.....	25
1.5.1 - Instrumentos de Avaliação de Risco.....	28
1.6 – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO.....	30
1.6.1 - Cuidados com a pele.....	33
1.6.2 - Material profiláctico.....	34
1.6.3 - Posicionamentos e Mobilizações.....	36
1.6.4 – Nutrição e Hidratação	38
1.6.5 – Programas de Intervenção Estruturados.....	41
2 – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	43
2.1 – CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E CUIDADOS PALIATIVOS.....	45
2.2 – TIPOLOGIA DA REDE.....	46
2.2.1 – Unidades de Internamento.....	46
2.2.2 – Unidades de Ambulatório.....	47
2.2.3 – Equipa Hospitalar.....	48
2.2.4 – Equipa Domiciliária	48
2.3 – ACESSO À REDE, INGRESSO E MOBILIDADE.....	49
2.4 – PERFIL DOS UTENTES DA RNCCI.....	50
2.5 – UNIDADE DE PROMOÇÃO DE AUTONOMIA E BEM-ESTAR DA ENCARNAÇÃO-UCCI.....	51

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1 – METODOLOGIA.....	54
1.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	56
1.2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	57
1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	57
1.4 – PROCEDIMENTO E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	58
1.5 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	61
1.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS.....	62

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	64
1.1 – ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	64
1.2 – ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	73
1.3 – TESTES DE HIPÓTESES.....	85
2 – DISCUSSÃO.....	91
2.1 - DISCUSSÃO DO ESTUDO DE INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	91
2.2 – DISCUSSÃO DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	94
2.3 – DISCUSSÃO REFERENTE AOS TESTES DE HIPÓTESES.....	98

CAPÍTULO IV: FASE-PROJECTO

1 – FASE-PROJECTO.....	106
-------------------------------	------------

CAPÍTULO V: CONCLUSÃO

1 – CONCLUSÃO.....	111
1.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	111
1.2 – SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS.....	112

BIBLIOGRAFIA.....	115
--------------------------	------------

APÊNDICES:

APÊNDICE I – ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	130
APÊNDICE II – ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	131
APÊNDICE III – PLANO DIÁRIO DE POSICIONAMENTOS/MOBILIZAÇÕES.....	132
APÊNDICE IV – FOLHA DE REGISTO DE UTENTES COM ÚLCERA(S) DE PRESSÃO E MEDIDAS IMPLEMENTADAS.....	133
APÊNDICE V - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO.....	134

ANEXOS:

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS.....	136
ANEXO II – RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO.....	138

ÍNDICE DE QUADROS

	Pag
Quadro 1 – Sistema de Classificação de Úlceras de Pressão.....	22
Quadro 2 – Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à idade.....	64
Quadro 3 – Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao género.....	65
Quadro 4 – Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à tipologia de internamento.....	65
Quadro 5 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao diagnóstico de admissão.....	66
Quadro 6 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao profissional que detecta a ocorrência.....	66
Quadro 7 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao Grau de Risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden).....	67
Quadro 8 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à utilização de Material de Prevenção.....	68
Quadro 9 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao estado nutricional.....	69
Quadro 10 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à dieta prescrita.....	69
Quadro 11 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral.....	70
Quadro 12 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à Categoria da UP.....	70
Quadro 13 – Classificação das Úlceras de Pressão desenvolvidas quanto à categoria da UP.....	71
Quadro 14 – Distribuição dos casos em que ocorreu desenvolvimento de Úlcera de Pressão de acordo com o mês de ocorrência e a tipologia de internamento.....	71
Quadro 15 – Número de Internamentos total por mês e por tipologia.....	72
Quadro 16 – Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à idade....	73
Quadro 17 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao género..	74

Quadro 18 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à tipologia de internamento.....	74
Quadro 19 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao diagnóstico de admissão.....	75
Quadro 20 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden).....	76
Quadro 21 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à utilização de material de prevenção.....	77
Quadro 22 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao estado nutricional.....	78
Quadro 23 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à dieta prescrita.....	78
Quadro 24 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral.....	79
Quadro 25 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao número de Úlcera(s) de Pressão.....	80
Quadro 26 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à categoria da UP mais grave.....	81
Quadro 27 – Classificação das Úlceras de Pressão mais graves quanto à localização....	81
Quadro 28 – Distribuição dos casos com Úlcera(s) de Pressão de acordo com o mês de ocorrência e a tipologia de internamento.....	82
Quadro 29 – Distribuição de camas concessionadas à RNCCI por tipologia.....	83
Quadro 30 – Output SPSS relativo ao cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção.....	85
Quadro 31 – Output SPSS relativo ao Teste de Qui-Quadrado resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção.....	85
Quadro 32 – Output SPSS relativo ao teste de Pearson resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção.....	86
Quadro 33 – Output SPSS relativo ao Teste de Spearman resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção.....	86
Quadro 34 – Output SPSS relativo ao cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização.....	88

Quadro 35 – Output SPSS relativo ao Teste de Qui - Quadrado resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização..88

Quadro 36 – Output SPSS relativo ao Teste de Pearson resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização.....89

Quadro 37 – Output SPSS relativo ao Teste de Spearman resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização.....89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag
Gráfico 1 – Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à tipologia de internamento.....	65
Gráfico 2 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao Grau de Risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden).....	67
Gráfico 3 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à utilização de Material de Prevenção.....	68
Gráfico 4 - Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral.....	70
Gráfico 5 – Classificação das Úlceras de Pressão desenvolvidas quanto à categoria da UP.....	71
Gráfico 6 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à tipologia de internamento.....	75
Gráfico 7 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden).....	76
Gráfico 8 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à utilização de material de prevenção.....	77
Gráfico 9 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral.....	79
Gráfico 10 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao número de Úlcera(s) de Pressão.....	80
Gráfico 11 - Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à categoria da UP mais grave.....	81
Gráfico 12 – Classificação das Úlceras de Pressão mais graves quanto à localização.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AAD – Auxiliar de Acção Directa

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DM2 – Diabetes Mellitus 2

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel

EUA – Estados Unidos da América

GAIF – Grupo Associativo de Investigação em Feridas

IMC – Índice de Massa Corporal

MS – Ministério da Saúde

MTSS – Ministério do Trabalho e da Segurança Social

NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statistical Packedge for the Social Sciences

TI – Taxa de Incidência

TP – Taxa de Prevalência

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UP – Úlceras de Pressão

UPABE – Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação

INTRODUÇÃO

No âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, desenvolvido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, foi proposta a elaboração de uma Dissertação de Mestrado relacionada de alguma forma com esta temática.

Após alguma reflexão, escolheu-se abordar a problemática das Úlceras de Pressão, uma vez que exerço funções como enfermeira numa Unidade de Cuidados Continuados e as Úlceras de Pressão são entidades complexas e multifactoriais com que trabalho diariamente.

Assim sendo, o tema deste trabalho pode definir-se por: “Estudo da Incidência e Prevalência de Úlceras de Pressão na Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação”.

As Úlceras de Pressão constituem-se actualmente como um problema de saúde pública, tanto a nível nacional como internacional, já que têm vindo a crescer as preocupações políticas e económicas no que concerne não só aos gastos elevados do seu tratamento mas também aos que estão inerentes à incapacidade/déficite de qualidade de vida que estas feridas acarretam (Ferreira *et al*, 2007).

Baranoski e Ayello (2006) referem ainda que a incidência e prevalência de Úlceras de Pressão representam verdadeiramente um enigma, não se sabendo qual o verdadeiro custo para instituições e serviços.

As mesmas autoras referem que não existem estudos clínicos adequados com base em investigação que apoiem a prática corrente, sendo que as intervenções e modalidades na prevenção e tratamento de feridas são muitas vezes baseadas no empirismo da prática profissional de cada um.

Assim sendo, esta situação patológica carece de maior estudo em Portugal, especialmente no universo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sendo que são poucos os dados existentes sobre a incidência e prevalência de úlceras de pressão nos utentes abrangidos pela mesma.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) veio preencher uma lacuna existente em Portugal, no âmbito da Saúde e do Apoio Social. Promove a abertura organizacional para novos modelos de cuidados que incorporam novos paradigmas orientados para prestar cuidados numa óptica global e de satisfação das pessoas que apresentam

dependência e que exigem respostas de natureza intersectorial e multidisciplinar (UMCCI, 2009).

Esta rede é operacionalizada a nível nacional, através de respostas intersectoriais, na medida em que se integraram as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social, com parcerias com o sector Social e Privado, a Sociedade Civil e o Estado como o principal incentivador (UMCCI, 2009).

De acordo com a mesma entidade, o modelo adoptado para o desenvolvimento da Rede baseia-se nos princípios da gestão integrada dos cuidados de saúde e apoio social que, na perspectiva e actual experiência europeia, assume o princípio da intersectorialidade, na garantia de novas respostas para as novas necessidades das populações, de acordo com as especificidades locais.

Face à temática exposta, utilizou-se um estudo não experimental, perspectivado e descritivo correlacional com os seguintes objectivos gerais:

- Determinar a Taxa de Incidência e a Taxa de Prevalência de Úlceras de Pressão na UPABE no primeiro semestre de 2012;
- Caracterizar os utentes com Úlcera(s) de Pressão na UPABE no primeiro semestre de 2012;
- Caracterizar as Úlceras de Pressão existentes na UPABE no primeiro semestre de 2012;
- Identificar comportamentos dos profissionais da UPABE relacionados com os utentes com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012.

Face aos objectivos enunciados, elaborou-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a Incidência/Prevalência de Úlcera(s) de Pressão em utentes da UPABE integrados na RNCCI no primeiro semestre de 2012?
- Quais as características (idade, género, estado nutricional, tipologia de internamento) dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012?
- Quais os diagnósticos principais dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012?
- Qual o grupo profissional que mais detectou o desenvolvimento de Úlcera(s) de Pressão na UPABE e no primeiro semestre de 2012?
- Quais as características (categoria/localização) mais frequentes das Úlceras de Pressão na UPABE, no primeiro semestre de 2012?

- Qual a percentagem de utentes com Úlcera(s) de Pressão que não foram sujeitos a medidas preventivas na UPABE, no primeiro semestre de 2012?
- Qual a percentagem de utentes que desenvolveram Úlcera(s) de Pressão na UPABE e que não foram sujeitos a medidas preventivas no primeiro semestre de 2012?
- Qual o nível de dependência (Score do Índice de Barthel) dos utentes com Úlcera(s) de Pressão na UPABE e no primeiro semestre de 2012?
- Qual a percentagem de utentes com Úlcera(s) de Pressão que não ingeriram suplemento alimentar na UPABE e no primeiro semestre de 2012?
- Qual a percentagem de utentes que desenvolveram Úlcera(s) de Pressão na UPABE e que não ingeriam suplemento alimentar no primeiro semestre de 2012?

Uma vez que o estudo é correlacional e se pretende desta forma verificar as relações entre algumas das variáveis, definiram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- **H1(a):** Existe uma relação entre o Score de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a utilização de Medidas de Prevenção, no primeiro semestre de 2012.
- **H1(b):** Existe uma relação entre o Score do Índice de Barthel dos utentes da UPABE com Úlcera de Pressão e a utilização de Medidas de prevenção, no primeiro semestre de 2012.
- **H1(c):** Existe uma relação entre o Score da Escala de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a Rotina de posicionamento/mobilização, no primeiro semestre de 2012.
- **H1(d):** Existe uma relação entre o nível de dependência dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão (Score do Índice de Barthel) e a Rotina de posicionamento/mobilização.

No âmbito deste estudo, a população-alvo é composta pelos utentes que desenvolveram e que apresentaram Úlcera(s) de Pressão integrados na RNCCI no primeiro semestre de 2012. Como população acessível (LoBiondo-Wood e Haber, 2001) ou população-alvo identificável (Aguilar, 2007) temos os utentes da UPABE que desenvolveram e que apresentaram Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012.

A amostra, por conveniência, corresponderá à população alvo identificável ou população acessível, devido à importância de sinalizar, a nível da instituição UPABE em que tipologias é que existe maior incidência/prevalência de úlceras de pressão. Desta forma, assume-se assim uma amostra não probabilística por conveniência.

Para responder às questões de investigação elaboradas, proceder aos testes das hipóteses consideradas, e tendo em conta a população em estudo, elaborou-se 2 instrumentos de colheita de dados (um para os recolher dados relativos à incidência e outro para recolher dados relativos à prevalência). Além disto, contou-se com a colaboração dos enfermeiros da UPABE nesta recolha e com a própria instituição, que forneceu dados relativos ao número total de internamentos no prazo considerado para a realização deste estudo.

Este trabalho está estruturado em 5 capítulos distintos.

O Capítulo I contém a Revisão de Literatura que integra os conhecimentos científicos sobre a temática em estudo, sendo uma etapa essencial à exploração de um domínio de investigação (Fortin, 2003). Na revisão de literatura foram abordados os seguintes temas: Úlceras de Pressão e Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Segue-se o Capítulo II – Metodologia de Investigação; A Metodologia é a parte do trabalho de investigação onde se identifica o material e métodos utilizados para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 2003). Este capítulo é constituído pela descrição do tipo de estudo, definição de objectivos, formulação das questões de investigação, identificação da população e amostra, descrição do instrumento utilizado na colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico.

Seguidamente surge a Apresentação e Discussão de Dados (Capítulo III), que permite ao investigador apresentar e interpretar os dados recolhidos, sendo que os dados são analisados em função do objecto de estudo, conforme se trate de explorar ou descrever os fenómenos ou de verificar relações entre variáveis (Fortin, 2003).

A mesma autora refere ainda que se pretende com a Discussão uma interpretação dos resultados da investigação e uma consequência lógica deduzida da análise dos dados.

Segue-se neste trabalho o Capítulo IV, com a Fase-Projecto, em que se elabora um Protocolo/Norma de Actuação direccionado a aumentar a qualidade dos cuidados na instituição em causa, face aos resultados obtidos no decorrer deste processo de investigação. Procura-se então que o elaborar desta Dissertação venha a dar frutos na prática e a justificar de uma forma efectiva e não meramente académica a sua elaboração e todo o investimento realizado.

Com o Capítulo V – Conclusão, procura-se ainda sintetizar os principais resultados da investigação, as suas limitações e os seus limites, e ainda a apresentação de sugestões para outras investigações.

CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA

1 – ÚLCERAS DE PRESSÃO

O tratamento das Úlceras de Pressão representa uma carga muito significativa para todos os sistemas de saúde do mundo. As Úlceras de Pressão podem ter igualmente um efeito de detrimento da qualidade de vida, em particular nos idosos.

É provável que, com o aumento da longevidade, o número de doentes com Úlceras de Pressão ou em risco de as desenvolver continue a aumentar no futuro, o que implica que as medidas de prevenção são essenciais na redução das taxas de prevalência; desta forma os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar e adoptar estratégias apropriadas de encontro às necessidades individuais dos utentes.

1.1 – EPIDEMIOLOGIA

A **incidência** diz respeito ao número de novos casos de um determinado resultado de saúde num espaço de tempo definido. Por exemplo, qual a incidência de novos casos de doença num período de tempo de 5 anos, ou qual a incidência da gripe num dado ano. A **taxa de incidência proporcional**, tomando muitas vezes a denominação de **taxa de incidência cumulativa** (ao fim de um determinado tempo), representa tal como a taxa de prevalência, uma proporção, sendo dada pela proporção de novos casos durante um determinado período de tempo, relativamente a uma população em risco no início do período de seguimento - coorte. Ou seja, uma população de indivíduos em risco – coorte - é seguida durante um determinado período de tempo de modo a determinar-se a taxa de incidência cumulativa nesse período de tempo. (Aguiar, 2007).

A **taxa de prevalência** representa a proporção de pessoas com determinado resultado de saúde num dado momento temporal. Deste modo, a taxa de prevalência representa a proporção de pessoas com determinada doença ou sintoma, ou que apresentam uma determinada característica individual de saúde (Aguiar, 2007).

Note-se ainda que, a determinação da **taxa de prevalência** está naturalmente associada ao **estudo transversal na observação**, sendo o estudo de prevalência mais adequado a condições de saúde com certa permanência temporal, como acontece, por exemplo, nas doenças crónicas.

Segundo os dados publicados pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados, a incidência de Úlceras de Pressão situa-se entre os 4 e os 24%.

A mesma Unidade adianta ainda:

- Canadá - 2 unidades de longa duração (95 e 92 residentes) revelou uma prevalência de 36,8% e 53,2% respectivamente, e incidência de 11,6% e 11,7%;

- Também no Canadá se identificou uma prevalência de 29,9% em cuidados não agudos. O diagnóstico principal destes utentes era Demência e os 2 principais factores de risco identificados foram a incontinência urinária e alterações cognitivas;

- O *National Pressure Ulcer Long Term Care study*, dos EUA, mostrou uma prevalência de 29%;

- Suécia - prevalência de 20% numa *nursing home* de 45 residentes;

- Estudo comparativo da prevalência na Holanda e Alemanha, mostrou uma prevalência de 33% na Holanda e 28% na Alemanha;

- Itália - 571 utentes de longa duração encontrou-se uma prevalência de 27% e risco associado a AVC, trauma e estado cognitivo;

- Estudo com casuística de 9 estudos internacionais abrangendo 447.930 registos, encontrou-se uma prevalência de 27,3%;

- 59 unidades no estado de Maryland, num universo de 2015 utentes, verificou-se que em utentes que transitavam para *Long Term Care*, os provenientes de hospital tinham uma prevalência de 11,9% comparativamente aos 4,75% dos que não provinham do hospital.

De acordo com os dados publicados na *Newsletter* da RNCCI, de Dezembro de 2011, a Taxa de Incidência de Úlceras de Pressão tem vindo, tendencialmente, a reduzir-se: 11% dos utentes da rede desenvolveram UP em 2008 e também em 2009; em 2010 o valor da incidência sofreu redução para 9%, mantendo-se a tendência em 2011, em que o valor da incidência de UP foi de 8%.

A referir que, de acordo com a mesma fonte, as Úlceras de Pressão cicatrizam na ordem dos 80% durante o tempo em que o utente permanece sob o apoio da RNCCI.

A referir que 12% dos utentes referenciados em 2011 para a RNCCI possuíam UP, sendo este o 5º motivo de referenciação (em 17, ordenados de forma decrescente de frequência a nível nacional); 5% dos utentes referenciados em 2011 para a RNCCI possuíam UP múltiplas, sendo este o 8º motivo de referenciação (em 17, ordenados de forma decrescente de frequência a nível nacional).

Em 2010 a UMCCI elaborou um ofício circular onde figuram as seguintes informações: 13,27% dos utentes apresenta necessidade de cuidados de enfermagem no que concerne a

executar tratamento a úlcera de pressão; 49,01% utentes apresentam risco de úlcera de pressão; 47,02% dos utentes apresentam risco de maceração.

No Canadá, Campbell *et al* (2010), num estudo com 72 participantes, pós cirurgia ortopédica, aferiu uma incidência de 17% de Úlceras de Pressão.

Já Manzano *et al*, em Espanha, realizou um estudo em utentes internados nos Cuidados Intensivos, chegando a uma incidência de 16% em utentes ventilados (2010).

No Reino Unido, num serviço de Cuidados Paliativos chegou-se a uma incidência de 12%, numa população de 542 utentes (Galvin, 2002).

Em 1996 foi conduzida uma investigação nos EUA, com 843 utentes de hospitais, centros de reabilitação e *Nursing Homes*; obteve-se incidências de 8,5%, 7,4% e 23,9% respectivamente (Bergstrom *et al*).

Na Alemanha, num estudo realizado por Lahmann *et al* (2012) em ambiente hospitalar num universo de 32 400 utentes e 256 hospitais, detectou-se uma incidência de Úlceras de Pressão de 14,9% em Serviços de Cuidados Intensivos e de 3,9% nos restantes serviços. Ainda neste país, Kottner, Dassen e Heinze (2011) conduziram um estudo em 76 *Nursing Homes* alemãs, aferindo uma prevalência de Úlceras de Pressão de 2,5%.

Hoppe *et al* em 2009 realizaram um estudo comparativo entre *Nursing Homes* e hospitais na Alemanha, numa população de mais de 6000 doentes; apresentam uma prevalência de Úlceras de Pressão de 7,3% nas *Nursing Homes* e 12,7% em hospitais.

Já Moore e Cowman (2012), na Irlanda, realizaram um estudo em 12 unidades de cuidados de Longa Duração, numa amostra com 1100 utentes, colhendo os seguintes dados: prevalência de 9%, sendo que apenas 50% dos utentes em risco apresentava colchão de prevenção; apenas 48% apresentavam almofada de prevenção enquanto sentados; apenas 9% dos utentes apresentavam plano de posicionamento e mobilização no leito. Estes autores apresentam uma associação estatisticamente significativa entre actividade/mobilidade e a presença de Úlceras de Pressão. Conclui-se então que é necessário melhorar a avaliação do risco, o planeamento dos cuidados e os registos.

Também numa unidade de Longa Duração nos EUA, com 77 utentes, Kakellis *et al* (1998) aplicaram um protocolo experimental de prevenção de Úlceras de Pressão; em utentes não sujeitos ao protocolo, a incidência de Úlceras de Pressão foi de 23%; nos utentes sujeitos ao protocolo a incidência de Úlceras de Pressão foi de apenas 5%.

Gunningberg, Stotts e Idvall (2011) estudaram 1192 utentes em 5 hospitais na Suécia, tendo aferido uma prevalência de 14,9%; 11,6% das Úlceras de Pressão são adquiridas no

Hospital; os autores referem ainda uma serie de factores contribuintes: idade, tempo de hospitalização, menos actividade, problemas de fricção e torção, percepção sensorial reduzida.

Também na Suécia, Sterner *et al* (2011), numa unidade de ortopedia, observou que em 78 pacientes com fractura da anca, 56% apresentavam Úlcera(s) de Pressão à data da alta; 47% dos utentes apresentavam risco de desenvolver Úlcera de Pressão.

Na Turquia foi realizado um estudo de prevalência de Úlceras de Pressão num hospital universitário, com 344 utentes; detectou-se uma prevalência de 11,6% de utentes com Úlcera de Pressão (Uzun, 2007).

Na Bélgica foram estudados 19 968 utentes em vários hospitais, tendo-se aferido uma prevalência de Úlceras de Pressão de 12,1%; apenas 10,8% dos utentes apresentavam adequada prevenção; refere-se ainda a pouca qualidade nas medidas preventivas (Vanderwee, 2011). No mesmo país, em 2008, Paquai *et al* num estudo de survey, abrangendo 2779 utentes, chega a uma prevalência de Úlceras de Pressão de 6,8%; diagnostica também a baixa adesão dos enfermeiros às *guidelines* de prevenção.

O valor das Taxas de Prevalência de Úlceras de Pressão tende a não ser muito comparável de um estudo para outro, visto que as metodologias de investigação são diversas, bem como as amostras. Assim sendo, deve analisar-se estes valores com cautela, não os generalizando de um *setting* para outro.

1.2 – DEFINIÇÃO

A Úlcera de Pressão pode ser definida como uma área localizada de morte celular, que tende a surgir quando os tecidos são comprimidos entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um determinado período de tempo (Ribeiro, 2008).

Úlceras de Pressão podem também ser definidas como lesões cutâneas ou de partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquémica, secundária a um aumento de pressão externa, e localizam-se, usualmente, sobre uma proeminência óssea (Santos, 1995).

A pressão continuada das partes moles causa isquémia continuada da membrana vascular e, conseqüentemente, vasodilatação da zona, eritema, extravasamento de líquido e infiltração celular; se este processo não cessar, produz-se uma isquémia local, trombose venosa e alterações degenerativas que podem levar a necrose e ulceração (Fernandéz *et al*,

2005). Este processo pode alcançar planos profundos, com destruição de músculo, vasos sanguíneos, tecido ósseo e nervos.

As Úlceras de Pressão têm vindo ao longo dos tempos a representar um problema de saúde pública, com custos associados a nível da qualidade de vida, consumo de recursos humanos e materiais, assim como representam já um indicador de qualidade de cuidados (Furtado, 2003).

Têm surgido várias definições do conceito de Úlcera de Pressão, sendo que a mais consensual a nível europeu foi publicada pela *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), que define as Úlceras de Pressão como uma “Área de dano localizada na pele e estruturas subjacentes, devido a pressão ou fricção e /ou combinação destes” (2003).

De acordo com a EPUAP e a NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*), e já em 2009, Úlcera de Pressão deve ser definida como uma lesão localizada da pele e tecidos subjacentes, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. As mesmas entidades defendem também que às Úlceras de Pressão estão associados factores contribuintes e de confusão, cujo papel não se encontra totalmente esclarecido.

As Úlceras de Pressão são um grave problema de saúde, visto que causam enormes dores e sofrimento aos doentes e representam actualmente um encargo financeiro significativo para os sistemas de saúde. Assim, torna-se fundamental proteger a pele, que é o maior órgão do nosso corpo e realiza funções vitais como a protecção contra as radiações ultravioleta, agentes patogénicos, substâncias tóxicas e perda de electrólitos, para além de realizar a regulação térmica, ter a responsabilidade pela sensação, pelo metabolismo da vitamina D e pela comunicação (Sibbald, 2003).

1.3 – CLASSIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO

Deve utilizar-se uma abordagem sistemática na avaliação e classificação de Úlceras de Pressão, garantindo desta forma a continuidade dos cuidados e a utilização da mesma linguagem.

A avaliação de uma Úlcera de Pressão tem como objectivos:

- Descrever objectivamente a evolução da ferida e da pele perilesional;
- Elaborar um plano de cuidados adequado;

- Assegurar a eficácia das estratégias de tratamento e monitorizar a avaliação da ferida.

Assim sendo, deve ter-se em conta vários parâmetros de avaliação, entre eles: a localização da lesão, a sua forma, as dimensões (Comprimento e Largura; Área; Volume; Profundidade).

A intensidade e a duração da pressão são factores importantes no desenvolvimento das Úlceras de Pressão, assim como a tolerância tecidual e das estruturas de suporte à pressão. As Úlceras de Pressão são tradicionalmente classificadas de acordo com o tipo de tecido e a extensão do dano tecidual atingido (Romanelli e Flanagan, 2005).

De acordo com Duque *et al* (2009), os graus/categorias das Úlceras de Pressão têm sido utilizados para descrever a profundidade da Úlcera de Pressão e, desta forma, a Úlcera de Pressão é classificada do Grau/Categoria I ao Grau/Categoria IV, em referência à profundidade do comprometimento tecidual e não da gravidade da lesão.

Úlceras de Pressão de Categoria I e II são relativamente superficiais e cicatrizam primariamente por epitelização.

As feridas profundas, tais como as úlceras de pressão de Categoria III ou IV, são caracterizadas pela perda total da pele e habitualmente envolvem extensas cavidades, por vezes com falsos trajectos. Estas cicatrizam por segunda intenção, enquanto a ferida é lentamente preenchida por tecido de granulação, um processo que via depender de uma preparação do leito da ferida eficaz. O avanço epitelial das margens dessa ferida não se processa pelo método de cicatrização primária (1º intenção) (Duque *et al*, 2009).

Em 2009, foi realizado um novo sistema de classificação de Úlceras de Pressão, publicado no *Pressure Ulcer Prevention – Quick Reference Guide*, desenvolvido em conjunto pela EPUAP e NPUAP. Apresenta-se seguidamente um quadro esquemático com as novas definições (tradução realizada pela autora do presente trabalho).

QUADRO 1 – Sistema de Classificação de Úlceras de Pressão
(Adaptado de EPUAP/NPUAP, 2009)

Grau/ Categoria	Características
I	Eritema não branqueável Pele intacta com vermelhidão/eritema não branqueável de uma área localizada usualmente sobre uma proeminência óssea. Na pele mais escura, o eritema não branqueável pode não ser visível; a sua cor pode diferir da cor da pele circundante.

	Esta área pode ser dolorosa, mais firme, macia, quente ou fria se comparada com os tecidos adjacentes. Esta categoria pode ser difícil de detectar em indivíduos de pele escura. Pode indicar pessoas “em risco”.
II	Perda parcial da pele Perda parcial da pele que se apresenta como uma úlcera aberta com um leito vermelho/rosa sem tecido necrótico. Pode também representar uma flictena intacta/em ruptura com conteúdo seroso ou sero-sanguinolento. Apresenta-se sem afundamento ou equimose/hematoma*. Esta categoria não deve ser associada a escoriações, queimaduras, dermatite por incontinência ou maceração. *Equimose/hematoma indicam lesão tecidular profunda.
III	Perda total da pele Perda total dos tecidos da pele. O tecido subcutâneo pode ser visível mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. É possível ver a profundidade da ferida; pode incluir locas e túneis. A sua profundidade varia de acordo com a localização anatómica. Os ossos e tendões não são directamente visíveis ou palpáveis.
IV	Destruição extensa de tecidos Destruição extensa de tecidos com exposição de osso, tendão ou músculo. Necrose pode estar presente. Muitas vezes inclui locas e túneis. A sua profundidade varia de acordo com a localização anatómica. As úlceras de categoria IV podem-se estender aos músculos e outras estruturas de suporte, tornando possível a ocorrência de osteomielite. Os ossos/músculos expostos são visíveis e directamente palpáveis.

<i>Graus/Categorias adicionais</i>	
Inclassificável	Destruição extensa de tecidos com profundidade desconhecida Destruição extensa de tecidos cuja profundidade está obscurecida pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico acastanhado ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada, mas é uma úlcera de categoria III ou IV.
Suspeita de lesão profunda dos tecidos	Profundidade desconhecida: Área vermelho-escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou força de torção; a área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, húmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente. A evolução pode incluir uma pequena flictena sobre o leito de uma ferida escura; a ferida pode estar coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento.

De referir que nunca se verifica uma regressão do grau de uma Úlcera de Pressão, já que o tecido que se forma durante o processo de cicatrização não tem a mesma constituição do que existia anteriormente, sendo constituído por tecido de granulação, fibroblastos, plaquetas.

1.4 – PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

As Úlceras de Pressão apresentam-se como uma entidade multifactorial, resultando de uma confluência de factores externos e internos.

Os **factores externos** dizem respeito à Pressão, Deslizamento (ou torção), Fricção, entre outros.

Os mecanismos que conduzem à ruptura tecidular não são muito claros mas evidenciam-se três processos fisiopatológicos evidentes: oclusão do fluxo sanguíneo e subsequente dano por uma reperfusão abrupta do leito vascular isquémico; dano endotelial das arteríolas e da microcirculação devido a aplicação de forças de deslizamento e fricção; e directa oclusão dos vasos sanguíneos devido a aplicação de pressão externa por longos períodos, resultando em morte celular. De referir que os diferentes tipos de mecanismos de ruptura tecidular dão origem a úlceras com diferentes apresentações (Duque *et al*, 2009).

A **Pressão** é um dos factores mais preponderantes no aparecimento de Úlceras de Pressão. Se os tecidos forem alvo de uma pressão superior à tensão a nível capilar (que varia de 12 a 32 mmHg), ocorre uma isquémia localizada. Fisiologicamente, após o alívio da pressão surge uma zona de hiperémia, em resultado de um maior afluxo de sangue, cujo objectivo é a remoção de resíduos e o fornecimento de oxigénio e nutrientes adequado. A hiperémia reverte-se espontaneamente, se ocorrer o alívio da pressão. Se este não se verificar, ocorre lesão a nível dos tecidos e capilares, obtendo-se inicialmente uma zona de hiperémia não reversível (eritema não branqueável), que rapidamente se transformará numa necrose tecidular (Dealey, 2006).

O **Deslizamento** ocorre quando permanecendo a superfície cutânea em contacto com uma superfície de apoio, ocorre a movimentação da estrutura óssea tangencialmente à referida superfície de apoio. Este fenómeno observa-se por exemplo, quando o doente escorrega na cama, provocando alterações estruturais e nível dos vasos sanguíneos (Baranoski e Ayello, 2006).

A **Fricção** ocorre quando entre duas superfícies existem forças de atrito. Acontece frequentemente quando um doente é arrastado no leito (quando a técnica de posicionamento não é a adequada), e causa a remoção da camada superior de células epiteliais da pele (Dealey, 2006).

Existem outros factores envolvidos no desenvolvimento de Úlceras de Pressão, são eles os **factores intrínsecos**. Nestes estão incluídos o estado geral do utente, a idade, a mobilidade, o estado de consciência, o estado nutricional, o peso corporal, a incontinência de esfíncteres, o baixo fornecimento sanguíneo por baixa tensão capilar, entre outros.

De acordo com Ribeiro (2008), os locais onde é mais frequente surgirem úlceras de pressão são a região sagrada, a região trocantérica e a nível dos calcâneos. Qualquer zona do corpo que esteja sujeita a uma pressão não aliviada é passível de desenvolver úlcera de pressão (cabeça, orelhas, braços, pernas, etc).

Assim, surge a necessidade de proceder a avaliações de risco exaustivas, para prevenir o aparecimento de Úlceras de Pressão. A prevenção assume-se como a medida mais sensata a tomar, já que é a que envolve menos custos e promove a qualidade de vida dos utentes (Jorge e Dantas, 2003).

1.5 – FACTORES DE RISCO

De acordo com Ribeiro (2008), apresentam-se como factores de risco para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão:

- Intensidade da Pressão: quanto maior é a intensidade da pressão, maior é o risco de desenvolver Úlcera de Pressão;
- Duração da Pressão: quanto mais tempo durar a pressão, maior é o risco de Úlcera de Pressão;
- Tolerância dos tecidos à pressão: quanto menor for a tolerância da pele para tolerar a pressão maior é o risco de Úlcera de Pressão;
- Humidade da pele: quanto mais húmida for a pele maior é o risco de Úlcera de Pressão;
- Perda de Sensibilidade: quanto menor for a sensibilidade maior é o risco de Úlcera de Pressão;
- Diminuição da força muscular: quanto menor for a força muscular maior o risco de se desenvolver uma Úlcera de Pressão;
- Diminuição da mobilidade: quanto menor for a mobilidade, maior é o risco;
- Incontinência: a presença de incontinência (urinária e fecal) aumenta o risco de Úlcera de Pressão;

- Hipertermia, Anemia, Desnutrição Proteica, Tabagismo e Idade avançada aumentam o risco de Úlcera de Pressão.

Já Newton e Cameron (2003) acrescentam outros factores de risco na génese de Úlceras de Pressão:

- História familiar de problemas cutâneos/alergias/eczema;
- Efeitos do envelhecimento e do sol na pele do utente;
- Efeitos esteróides, agentes quimioterápicos passados ou actuais;
- Efeitos da doença/condições clínicas (por exemplo, Diabetes Mellitus, Artrite Reumatóide, falha cardíaca congestiva);
- Tratamentos ou acções que influenciaram a integridade cutânea;
- Tempo em que está presente o problema cutâneo e qualquer tendência para a recidiva.

Também Fernández *et al* (2005) enunciam uma série de factores de risco para o aparecimento de Úlceras de Pressão. Este autor divide-os em factores permanentes e variáveis.

Os permanentes são aqueles que não admitem uma melhoria e acompanham as pessoas ao longo da vida, são a idade extrema e a deterioração física.

Quanto aos variáveis, estes são os que admitem uma melhoria ao longo do tempo e são divididos em três categorias:

- Fisiopatológicos: originados como consequência directa de algum problema de saúde; por exemplo: lesões cutâneas, edemas, secura, ausência de elasticidade; Transtorno no transporte de oxigénio; deficiências nutricionais (por defeito ou excesso); transtornos imunológicos (cancro, infecção); alteração do estado de consciência; deficiências motoras; deficiências sensoriais; alteração da eliminação (incontinência);
- Derivados do tratamento médico: imobilidade imposta por determinadas ou procedimentos, como tracções, fixadores esqueléticos, instabilidade respiratória; tratamentos ou fármacos com acção imunossupressora ou sedante (corticosteróides, citostáticos, radiações), técnicas para fins diagnósticos;
- Derivados dos cuidados e dos cuidadores: são todos os factores que incluem as actuações externas sobre o utente, tais como cuidados de higiene adequados, ausência ou defeito de posicionamentos corporais, fixação inadequada de sondas, drenos, falta

ou uso inadequado de material, falta de educação sanitária, falta de critérios unificados de tratamento, sobrecarga de trabalho.

Muitos têm sido os estudos que tentam isolar factores de risco para tentar compreender a génese das Úlceras de Pressão. No entanto, fica entendido que o processo de desenvolvimento de uma Úlcera de Pressão não depende apenas de um factor, constituindo-se como uma entidade multifactorial, que pode então depender de vários factores preditivos.

Young *et al* (2009) na Austrália identificaram apenas 2 factores estatisticamente significativos na associação com as Úlceras de Pressão: idade e o valor do score da Escala de Braden; este estudo foi realizado num hospital australiano com uma amostra de 1394 utentes.

Kwong *et al* (2009), num estudo realizado em 4 *Nursing Homes* privadas na China, com 344 residentes, apuraram uma incidência de 25,16% de Úlceras de Pressão e apontam os seguintes factores que devem ser alvo de minimização/acções de prevenção: pressão, má-nutrição, fricção e cisalhamento, percepção diminuída da dor em utentes acamados ou em cadeira de rodas, utentes com AVC ou falência renal.

Já Sae-Sai, Wipke e Williams introduzem, em 2005, uma nova ideia: segundo estes autores e os resultados da sua investigação, o aumento de 1,2°C da pele da região sagrada entre 24 a 96 horas antes da ulceração dessa mesma região poderá constituir-se como um factor predictivo objectivo e facilmente mensurável; no entanto, carece-se de mais estudos.

Nos EUA, num estudo publicado em 2010, Slowikowski e Funk definem como factores predictores de Úlceras de Pressão um score da Escala de Braden mais baixo, o diagnóstico de Diabetes Mellitus e ter 70 anos ou mais.

Na Turquia foram identificados como factores associados significativamente às Úlceras de Pressão: idade, score da Escala de Norton mais baixo, tempo de hospitalização, hipotensão, má-nutrição e hipoalbuminémia; o IMC e o valor de hemoglobina não foram significantes (Terekeci *et al*, 2008; estudo com 142 utentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos). Baumgarten *et al* chegaram à conclusão de que o risco de desenvolver Úlcera de Pressão numa Unidade de Cuidados Intensivos é praticamente o dobro do que noutras situações no âmbito dos Cuidados de Saúde (EUA, 2008).

Fogerty *et al* (2008) descobriram associação entre as Úlceras de Pressão e a idade, o facto de se ser de raça negra, o facto de se possuir outras doenças de pele, se estar a sofrer de falência orgânica e infecção (estudo realizado em hospitais de agudos, nos EUA).

As Úlceras de Pressão foram também associadas à sedação dos utentes num estudo realizado em 278 utentes de um hospital metropolitano nos EUA (Lindquist, Feinglass e

Martin, 2003). Também em 2003 Reed *et al* assumem a confusão e a hipoalbuminémia como factores de risco; os autores não conseguiram estabelecer relação entre a incontinência e o aparecimento de Úlceras de Pressão.

Em 2004, Edlich *et al* identificam 4 factores críticos ou de risco para o aparecimento de Úlceras de Pressão: Pressão (visto pelos autores como o de maior importância), forças de torção, fricção e a hidratação. Referem também outros factores tais como a imobilização, défice sensorial, distúrbios circulatórios e nutrição pobre.

A imobilidade é também referida como um factor de risco major por Lindgren *et al* (2004), nomeadamente no que concerne ao desenvolvimento de Úlceras de Pressão em indivíduos adultos hospitalizados na Suécia em Serviços de Medicina e Cirurgia.

Pode dizer-se que o primeiro passo para evitar o desenvolvimento de Úlceras de Pressão é a abordagem holística do utente e a avaliação do seu grau de risco, usando instrumentos de mensuração como as escalas de risco e implementando estratégias de prevenção, das quais se falará posteriormente.

1.5.1 – Instrumentos de Avaliação de Risco

A melhor estratégia face à problemática das Úlceras de Pressão consiste na prevenção do seu aparecimento, tendo presente que a grande maioria das Úlceras de Pressão é evitável com cuidados e dispositivos adequados (Furtado *et al*, 2001).

Embora limitadas, as Escalas de Avaliação do Grau de Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão constituem-se como um complemento importante da avaliação clínica e, em conjunto com esta, podem facilitar a identificação dos utentes em risco.

Contudo, estas escalas não permitem identificar a existência de Úlceras de Pressão, daí que seja questionável a sua utilidade quando o doente requer tratamento; no entanto, um doente com uma Úlcera de Pressão tem grande probabilidade de desenvolver outras, pelo que deve ser submetido a cuidados efectivos de prevenção.

Vários autores têm descrito as características de uma escala ideal (Furtado *et al*, 2001):

- Elevada Sensibilidade;
- Elevada Especificidade;
- Bom Valor Predictivo;
- Ser de fácil utilização;

- Ter os termos definidos com precisão;
- Ser aplicável em diversos contextos assistenciais.

Existem variadas Escalas de Avaliação do Grau de Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, sendo que a primeira foi desenvolvida por Norton, McLaren e Exton-Smith. Desde então, a denominada **Escala de Norton** tem sido difundida de forma global, contendo 5 parâmetros de avaliação: Estado de Consciência, Incontinência, Mobilidade, Actividade e Estado Físico. A pontuação nesta escala é negativa, ou seja, menor pontuação significa maior risco.

As principais críticas feitas a esta escala centram-se no facto de não apresentar uma definição descritiva dos diferentes parâmetros utilizados, não contemplar a nutrição como um factor a avaliar e, por fim, não considerar a fricção como um factor de risco para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão.

Apesar disto, ao longo do tempo foram surgindo algumas Escalas de Norton modificadas: Escala de Gosnell (1973), Escala de Ek (1987), Escala Nova-4 (1994)

Também Waterlow (1985) apresentou um instrumento, denominado de **Escala de Waterlow**, que apresenta 6 sub-escalas: Relação altura/peso, Continência, Aspecto da Pele, Mobilidade, Idade/Sexo, Apetite. Engloba também 4 categorias de outros reconhecidos factores de risco: desnutrição tecidular, défice neurológico, cirurgia e medicação. Esta escala é apenas implementada no Reino Unido, mas sem grande visibilidade. Recentemente, surgiu uma nova versão, denominada de Escala de Waterlow simplificada, descrita como tendo melhores valores de sensibilidade e especificidade.

Também em 1985 foi desenvolvida a **Escala de Braden**, que contém 6 sub-escalas: Percepção Sensorial, Exposição à Humidade, Actividade Física, Mobilidade, Nutrição e Fricção e Forças de Deslizamento, apresentando uma definição descritiva dos índices de cada sub-escala. Esta denomina-se como uma escala negativa, já que quanto menor for a pontuação, maior é o risco, variando entre os 5 e os 23 pontos.

De acordo com a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (2003), a Escala de Braden é aquela que apresenta maior sensibilidade e especificidade, tendo sido validada em 2001, em Portugal, pelo Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF).

No que concerne à administração desta escala, deve ser aplicada à data de admissão e sempre que se verifiquem alterações significativas do estado geral do utente. Mais ainda, aconselha-se a sua aplicação de 24 em 24 horas em Serviços de Urgência ou de Cuidados Intensivos, em serviços hospitalares de Internamento de 48 em 48 horas (Ferreira *et al*, 2007);

nos Cuidados Continuados aconselha-se a re-aplicação semanal nas primeiras 4 semanas e posteriormente mensal, ou de 3 em 3 meses, conforme o grau de risco.

No entanto, e apesar de as escalas de risco terem sido altamente difundidas por todos os *settings* de cuidados de saúde (de acordo com as normas da RNCCI, a Escala de Braden deve ser aplicada em todas as UCCI e em todas as tipologias de cuidados), estas não são as únicas formas de prever o risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão: Vanderwee, Grypdonck e Defloor (2007) conduziram um ensaio randomizado em ambiente hospitalar (1617 utentes internados em cirurgia, medicina e serviços geriátricos) em que se utilizou o aparecimento de eritema não branqueável como a indicação para se iniciarem medidas preventivas de Úlceras de Pressão (em vez de se aplicar a escala de Braden); concluiu-se com este estudo que se diminuiu o número de utentes em risco mas não se aumentou o número de Úlceras de Pressão desenvolvidas.

Também Pancorbo-Hidalgo *et al* (2006), numa revisão sistemática da literatura, chegaram à conclusão de que não há evidência científica de que avaliar o risco diminui a incidência de Úlceras de Pressão; apesar disto, referem que a escala de Braden oferece o melhor balanço entre sensibilidade, especificidade e melhor estimativa de risco; a aplicação da escala de Braden também se revelou, neste estudo, mais eficaz do que os julgamentos dos enfermeiros a prever o risco.

1.6 – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

De acordo com as *Guidelines* de Prevenção de Úlceras de Pressão (EPUAP/NPUAP, 2009), existem 4 medidas estratégicas a adoptar:

- Manter a integridade tecidual para prevenir lesões (cuidados com a pele):
Promoção de uma higiene cuidada que permita manter a pele limpa, seca, hidratada e protegida;
- Proteger contra efeitos adversos de forças externas (posicionamentos e superfícies de apoio): alívio da carga mecânica;
- Melhorar o estado nutricional;
- Melhorar os resultados dos doentes em risco por meio de programas educacionais (ensinos ao utente e família).

Num estudo realizado em 2011 em 14 hospitais (2105 utentes), na Bélgica, foi aferido que cerca de 30% dos utentes estariam em risco de desenvolver Úlceras de Pressão; no

entanto, apenas 3,9% destes utentes apresentavam protecção adequada. Os autores referem que os enfermeiros apresentavam níveis de conhecimento insuficientes, apesar de as suas atitudes se relacionarem com a prevenção das Úlceras de Pressão (Beeckman *et al*, 2011).

Em 2012, Sving afirma que falta atenção dos enfermeiros e dos ajudantes/auxiliares na prevenção de Úlceras de Pressão em ambientes hospitalares na Suécia; referem também a inexistência de planos de cuidados de enfermagem e que as intervenções de enfermagem não são baseadas na evidência científica. À mesma conclusão chegaram Ilesanmi e Adejumo, na Nigéria; estes dois autores referem que as intervenções de enfermagem que visam a prevenção de Úlceras de Pressão são baseadas em tradição e que é necessário um programa educacional/de formação nesta área específica de cuidados (2012).

Também na Bélgica, Demarré *et al* (2011) chegaram à conclusão de que os níveis de conhecimento de enfermeiras e ajudantes/auxiliares de 181 *Nursing Homes* face à prevenção de Úlceras de Pressão são baixos, embora as enfermeiras apresentem uma atitude mais positiva.

Já Yousefi *et al* (2011), no estado do Texas (EUA) sugerem um algoritmo para reduzir o risco de desenvolver Úlceras de Pressão; deste algoritmo fazem parte as seguintes intervenções:

- Detectar e guardar registo da posição do paciente;
- Reposicionar os utentes de forma mais eficiente;
- Optimizar superfícies de apoio.

Cowman *et al* (2011), num estudo realizado com 360 profissionais de saúde oriundos de 24 países aferiram que nos últimos anos houve um crescimento do número de feridas crónicas; também que os profissionais que contactam directamente com feridas pesquisam sobre a prevenção das mesmas, sobre material de penso e sobre a infecção das feridas; por fim, os autores referem que a educação e a formação são essenciais e que as feridas se constituem como um desafio clínico hoje em dia.

Na Austrália, Asimus, Maclellan e Li (2011), realizaram um estudo de prevalência anual em 41 *settings*, com substituição de colchões e formação on-line para os profissionais de saúde; com este programa de aumento de qualidade e desde 2008, diminuiu-se a prevalência de Úlceras de Pressão em 16,4%, aumentou-se a avaliação do risco em 7,9% e aumentou-se a utilização de dispositivos apropriados em 46,5%.

Yamamoto *et al* (2011), em Tóquio, realizaram um estudo com 34 utentes de duas *Nursing Homes*; tal como referido por outros autores, afirmam que as enfermeiras deveriam

dar mais atenção à prevenção; no entanto, acrescentam que avaliações regulares de qualidade podem ajudar a lembrar os enfermeiros da importância da prevenção.

No estado de Utah, EUA, pôde comprovar-se que a prevenção de Úlceras de Pressão era mais eficaz em unidades com ferramentas integradas para identificar pacientes em risco de desenvolver Úlceras de Pressão (Escala); este estudo foi realizado em 11 Unidades de Cuidados de Longa Duração (Horn *et al*, 2010).

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura por Moore e Cowman em que se conclui não ser possível associar o facto de se avaliar o risco com a redução da incidência de Úlceras de Pressão (2008).

Já na Suécia, e num estudo realizado em ambiente hospitalar, é referido que os métodos de avaliação de risco estão presentes mas não são usados na prática; refere-se ainda que apenas 37% dos enfermeiros e assistentes de enfermagem referem ter uma estratégia de prevenção de Úlceras de Pressão nos seus locais de trabalho (Kalman e Suserud, 2009).

Num programa de prevenção em 10 hospitais do estado de Minnesota (EUA) conseguiu-se reduzir a prevalência de Úlceras de Pressão em cerca de 33% após implementação; as medidas chave deste programa (Sendelbach, Zinc e Peterson, 2011):

- Educação dos profissionais, utentes e família;
- Recursos para os cuidadores;
- Intervenção nutricional;
- Evento para promoção/sensibilização.

Também no Reino Unido foram implementados projectos de aumento de qualidade em diferentes *settings*, com resultados sempre positivos no que diz respeito ao aumento de qualidade dos cuidados preventivos (Elliot, 2010; estudo realizado nos hospitais de Eastkent) e ao aumento dos conhecimentos dos profissionais de saúde (Sprakes e Tyrer, 2010; estudo realizado numa *Nursing Home*, em Liverpool).

Assim sendo, e face aos estudos referidos, pode afirmar-se que o conhecimento dos profissionais acerca de medidas preventivas de úlceras de pressão pode ser considerado como uma pedra basilar da prevenção deste tipo de feridas; também a existência de programas estruturados de prevenção é comprovadamente eficaz na prevenção das mesmas, tal como referido por Daniel-Wichern em 2009, num estudo realizado na Alemanha, em que se concluiu que as *Nursing Homes* que têm implementação de *guidelines* apresentam menor prevalência de Úlceras de Pressão.

Apesar disto, e infelizmente, num estudo realizado por Meesterberends *et al* (2010) com o objectivo de analisar a disseminação e desenvolvimento de *guidelines* em *Nursing Homes* de 6 países europeus (Inglaterra, Alemanha, Itália, Holanda, Portugal e Suécia), apurou-se que apenas em Portugal não existem *guidelines* nacionais e também que apenas nas *Nursing Homes* portuguesas não existem programas estruturados/protocolos de prevenção.

1.6.1 – Cuidados com a Pele

A pele é constituída por duas camadas distintas: a epiderme e a derme. A epiderme corresponde à camada mais fina, encontra-se organizada em cinco camadas e não é vascularizada. É constituída por epitélio de descamação estratificado, o que lhe permite exercer funções como: evitar a perda de água, manter a integridade cutânea contra barreiras físicas, químicas e microorganismos, sintetizar vitamina D, entre outros.

A derme corresponde à parte mais profunda da pele, onde predomina o tecido conjuntivo irregular, em duas camadas, o que lhes vai conferir mais flexibilidade e força estrutural. Esta camada integra estruturas como vasos sanguíneos e linfáticos, glândulas sebáceas e sudoríparas, folículos pilosos, terminais nervosos, entre outros. Intimamente ligada à derme encontra-se a hipoderme (constituída por tecido adiposo e conectivo) que, não fazendo parte integrante da pele, serve de ligação às estruturas subjacentes (tecido muscular, ósseo e tendões) (Seeley *et al*, 1997).

Segundo Ribeiro (2008), existe uma série de cuidados a ter com a pele de um utente dependente, de forma a diminuir o risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão:

- A pele deve ser limpa no momento em que se sujar ou em intervalos de rotina;
- A pele seca deve ser tratada com creme hidratante;
- Evitar massagens nas proeminências ósseas (pode causar mais danos);
- Minimizar a exposição da pele à humidade devido a incontinência urinária, fecal, transpiração ou drenagem de feridas; deve aplicar-se agentes tópicos que agem como barreira para humidade como cremes, películas protectoras ou óleos;
- As lesões da pele devem ser minimizadas através de um posicionamento adequado e uso de técnicas correctas para transferência e mudança de posição (os utentes não devem ser arrastados, mas sim levantados durante o posicionamento);
- Quando existe uma ingestão inadequada de proteínas e/ou calorias, os profissionais devem primeiro tentar descobrir os factores que estão a comprometer a

ingestão e então oferecer uma ajuda na alimentação; por vezes, outros suplementos nutricionais podem ser necessários;

- Se existir potencial de melhorar a mobilidade do indivíduo, esforços de reabilitação devem ser instituídos;

- Qualquer situação que ocorra, nomeadamente alterações na pele ou bem-estar do utente, deve ser relatado ao enfermeiro e médico de família do mesmo.

Large (2011) afirma que estabelecer um protocolo/norma de utilização de cremes ou outros produtos barreira (óxido de zinco, película polimérica, entre outros) pode ser uma estratégia de prevenção e assim ajudar a reduzir a incidência de Úlceras de Pressão.

1.6.2 – Material Profilático

Mackey afirma que a selecção de uma superfície de suporte é um importante componente de um programa de prevenção de Úlceras de Pressão; refere também que existe muita variedade de materiais e superfícies mas dados limitados sobre a eficácia dos mesmos (2005).

Meinnes *et al* (2001) realizaram uma revisão sistemática da literatura em que chegaram à conclusão de que pessoas em risco de desenvolver Úlceras de Pressão devem ter colchões de espuma mais específicos do que os colchões de espuma *standart*. No entanto, afirmam também que os benefícios dos colchões de pressão alterna e dos colchões de constante baixa pressão são pouco claros. Já a pele de carneiro tem sido associada com um decréscimo no desenvolvimento de Úlceras de Pressão.

Em 2008, e numa outra revisão sistemática da literatura, McInnes *et al* concluem que espumas alternativas à espuma *standart* dos hospitais reduzem a incidência e a prevalência de Úlceras de Pressão; os méritos dos colchões de pressão alterna ou de baixa pressão não são claros; informa-nos também que num ensaio clínico ficou claro que um colchão de pressão alterna foi mais eficaz na prevenção de Úlceras de Pressão do que o sistema de reposicionamentos dos utentes; ficou também patente que a lã de carneiro se mostrou eficaz na redução de Úlceras de Pressão.

Whitehead e Trueman (2010) afirmam que utilizar superfícies redutoras da pressão em utentes em risco podem potenciar maior eficiência do serviço de saúde e ganhos em qualidade de vida para os utentes.

Mistiaen *et al* (2010) realizaram um ensaio randomizado controlado com o objectivo de investigar a efectividade do *Australian Medical Sheepskin* (lã de carneiro) na prevenção de úlceras de pressão num ambiente de *Nursing Home*. Chegaram à conclusão de que este tipo de dispositivo é uma ajuda efectiva na prevenção das Úlceras de Pressão da região sagrada.

Existem diferentes tipos de superfícies que re-distribuem e minimizam a pressão, mas muitos deles são inadequados para prestação de cuidados agudos, uma vez que exigem muita vigilância e manutenção (Waid, 2010). Keen afirma que os colchões de espuma altamente específica acabam por se constituir como uma abordagem mais vantajosa do que os colchões dinâmicos, uma vez que apresentam um custo-efectividade mais eficiente (2009).

Nos EUA, Johnson *et al* (2011) realizaram um estudo de investigação em que concluem que os colchões de re-distribuição de pressão de alta categoria têm sido considerados como uma componente crucial na prevenção de Úlceras de Pressão. No entanto, afirmam também que poucos são os estudos que quantificaram devidamente o impacto deste tipo de medidas.

Já Lyman, em 2009, instaura um programa educativo assente num protocolo/norma de actuação que reduz as úlceras de pressão nos calcâneos em 95% em ambiente hospitalar; neste estudo usou-se calcanheiras de protecção cujos custos foram menores do que o dos tratamentos estimados das Úlceras de Pressão que se formariam.

Donnelly *et al* (2011), no Reino Unido levaram a cabo um ensaio randomizado e controlado em que se chega à conclusão de que a elevação completa dos calcaneos reduz a incidência de Úlceras de Pressão versus cuidados *standart*. Também Stephen-Heynes encontrou evidências que suportam a flutuação dos calcâneos para a redução de Úlceras de Pressão (2009).

Num estudo realizado em 22 hospitais belgas (Vanherck *et al*, 2009), em 6030 pacientes, conclui-se que estes hospitais falham frequentemente em providenciar os cuidados de prevenção adequados, nomeadamente no que concerne à formação e educação dos cuidadores e também no providenciar de material preventivo, designadamente colchões de prevenção.

Brenza *et al*, como resultado de um ensaio clínico randomizado, afirmam que o uso de almofadas de polímero viscoelástico, gel ou espuma nas cadeiras de rodas decrescem a incidência de Úlceras de Pressão e devem ser usadas (2010).

Pode afirmar-se, após consulta de diversos autores, que muitas são as variedades de materiais criados para a prevenção das Úlceras de pressão; no entanto, poucos são os

consensos quanto à sua real efectividade. No entanto, pode afirmar-se que são parte importante e necessária na criação de um plano ou programa estruturado de prevenção, não podendo assumir-se que apenas a superfície redutora de pressão vai ser eficaz por si só. Constitui-se então e apenas como um dos elementos no programa de prevenção.

1.6.3 – Posicionamentos e Mobilizações

Num estudo realizado na Coreia do Sul, numa amostra de 427 pacientes dos Cuidados Intensivos e com uma incidência de Úlceras de Pressão de 15%, mudar de posição foi a intervenção de enfermagem mais popular; em doentes em risco, houve maior número de avaliações do estado da pele e do estado nutricional; apurou-se também que as enfermeiras mais novas, com mais formação e menos experiência profissional, tendem a registar de forma mais eficiente as suas intervenções (Cho, Park e Chung, 2011).

Apesar do referido anteriormente, Rich (2011), nos EUA, não conseguiu encontrar uma associação entre o reposicionamento frequente de utentes e uma menor incidência de Úlceras de Pressão (estudo realizado em 9 hospitais dos estados de Maryland e Pennsylvania, com uma amostra de 269 pacientes com fractura da anca).

Para evitar o desenvolvimento de Úlceras de Pressão, é fundamental o posicionamento adequado dos utentes. O posicionamento dos utentes que tenham sido identificados como em risco de desenvolver Úlcera de Pressão deve seguir alguns princípios (Ribeiro, 2008):

- O utente deverá ser reposicionado pelo menos de duas em duas horas, isto se não existirem contra-indicações;
- Deve existir um horário por escrito, para que não existam esquecimentos;
- Para utentes acamados, ou por algum motivo, sujeitos ao leito, deve utilizar-se materiais de posicionamento, como por exemplo, almofadas de espuma de forma a manter as proeminências ósseas longe de contacto directo umas com as outras ou com a superfície da cama;
- Indivíduos que se encontram em imobilidade total, devem ter no seu plano de cuidados o uso de equipamentos (travesseiros, almofadas) que aliviem totalmente a pressão dos calcanhares, elevando-os da superfície da cama;
- Quando se posiciona em decúbito lateral, deve evitar-se a pressão directa sobre a região trocantérica, privilegiando uma posição lateralmente inclinada de 30 graus (desta forma a pressão será exercida sobre a região glútea);

- A cabeceira deve manter-se o mais baixa possível, de preferência não deve ultrapassar os 30 graus de elevação;

- Quando é necessário mobilizar o utente no leito, deve usar-se o resguardo e levantar o utente, em vez de arrastar ou puxar;

- Deve colocar-se um colchão que redistribua o peso corporal e reduza a pressão, como por exemplo um colchão de espuma, ar estático, gel, água ou os mais usuais colchões de pressão alternada;

- Qualquer pessoa em risco de desenvolver Úlcera de Pressão deve evitar ficar sentada durante um longo período de tempo; enquanto estiver sentado, o indivíduo deve ser reposicionado a cada hora de forma a alternar as zonas de pressão ou então recolocado no leito; se tiver capacidades para isso, o utente deve ser incentivado a pequenas mobilizações enquanto sentado, de quinze em quinze minutos;

- Também durante o levante, é benéfico considerar o uso de equipamentos de redução de pressão (almofadas de espuma, gel, ar, etc; estão desaconselhados os dispositivos em forma de anel ou argola);

- Deve ter-se em conta o alinhamento postural, a distribuição do peso, o balanço, a estabilidade e o alívio da pressão.

Já de acordo com Falcão (2001), o objectivo do enfermeiro a este nível deve centrar-se em melhorar a tolerância dos tecidos à pressão, evitando desta forma o aparecimento de lesões através de uma minuciosa observação e manutenção do estado da pele. Enuncia algumas medidas preventivas:

- Evitar massagens a nível das proeminências ósseas;

- Manter uma higiene adequada e aplicar creme hidratante sempre que necessário;

- Evitar forças de fricção e deslizamento (utilizando técnicas de posicionamento adequadas, já referidas anteriormente);

- Promoção de um suporte nutricional adequado;

- Incentivar a deambulação precoce, sempre que possível.

Moore, Cowman e Conroy (2011), num ensaio randomizado e controlado, chegam à conclusão de que reposicionar pessoas em risco a cada 3 horas à noite, elevando a cabeceira a 30° reduz a taxa de incidência versus medidas *standart*.

1.6.4 – Nutrição e Hidratação

A UMCCI publicou um documento intitulado “Importância da avaliação nutricional em Cuidados Continuados”, em 2008, onde se esclarece qual a abordagem da RNCCI no que concerne a este assunto. Assim, são enunciados os objectivos da RNCCI face à temática:

- Promover um estado nutricional adequado;
- Prevenir perda de peso e desidratação;
- Instituir medidas correctivas.

A mesma entidade refere não só que cerca de 10% dos utentes em cuidados de longa duração perdem até 5% do peso em 30 dias e até 10% do peso em 180 dias, mas também que pode existir deficiência em vitamina D e B6.

Na mesma tipologia de cuidados têm sido identificadas causas associadas ao declínio nutricional; são elas: depressão, ansiedade, doença cardíaca, AVC, diabetes, alteração da deglutição, problemas orais, anorexia, alterações sensoriais, dor, úlceras de pressão, demência, infecção, obstipação, preferências alimentares e fármacos que interferem no apetite.

A UMCCI refere que o sucesso da intervenção em cuidados continuados tem como factores determinantes a avaliação e intervenção no estado nutricional e um treino adequado de toda a equipa e a melhoria da comunicação interdisciplinar (2008).

A RNCCI dá a indicação de que a avaliação do peso do paciente deve seguir um protocolo específico, onde o utente é idealmente pesado à mesma hora do dia e no mesmo instrumento de medida; para além do peso o diâmetro abdominal é um marcador fiável da massa adiposa intra-abdominal.

Após esta avaliação, o individuo, se nutricionalmente comprometido, deve ter um plano de suporte apropriado e/ou suplementos que respondam às suas necessidades individuais. A frequência da avaliação deverá ser baseada nas condições do individuo e sempre que o estado clínico do mesmo o justifique.

No que concerne a utentes com UP, este documento refere que a equipa terá de prestar especial atenção ao seu dispêndio de energia basal, ao aumento da perda de fluidos; a monitorização da hidratação deve incluir avaliação da ingestão de líquidos, do estado de consciência, estado mental, diurese e alterações súbitas de peso.

Para uma intervenção nutricional bem sucedida é necessário corrigir a desnutrição proteico-energética, de preferência por via oral; para isso, a UMCCI apresenta, entre outras, as seguintes acções:

- Adequar a alimentação às necessidades nutricionais de acordo com a idade, género, patologias, condição funcional e o nível de actividade física;
- Manter a diversidade e a atractividade na apresentação da comida;
- Considerar a qualidade e a densidade energética dos alimentos ingeridos, mais do que a quantidade;
- Considerar que a quantidade de fluidos ingeridos é tão importante como a qualidade; deve ser promovida a ingestão de 1,5L por dia;
- Promover o uso de suplementos orais ricos em proteínas e energia, sempre que não for possível promover uma alimentação normal; devem ser administrados no intervalo das refeições;
- Ponderar outras vias (alimentação entérica) alimentares sempre que a alimentação normal e os suplementos não resolvem a situação de desnutrição;
- Promover assistência e ambiente adequado na refeição.

Como factores de identificação de risco nutricional a UMCCI (2008) enuncia: perda de peso involuntária de 5% em 30 dias ou 10% em 180 dias; IMC inferior a 21; ingestão de apenas 75% ou menos da dieta oferecida em 2/3 das refeições, num período de observação de 7 dias.

Fontaine e Rayraud-Simon (2008) afirmam que não só que a má-nutrição é frequente (de 30 a 60% dos idosos institucionalizados e 30 a 70% dos utentes hospitalizados) mas também que é um factor de risco para desenvolver Úlceras de Pressão.

Iizaka *et al* (2010), num estudo comparativo entre utentes com Úlceras de Pressão adquiridas em casa e utentes sem Úlceras de Pressão, revelam que a má-nutrição foi o factor mais significativamente associado à presença de Úlceras de Pressão e a Úlceras de pressão mais graves; afirmam também que o facto de o utente ter sido avaliado e ter uma dieta adequada por um profissional associa-se com menores possibilidades de desenvolver Úlceras de Pressão, podendo dizer-se que funciona como um factor preventivo.

Pardo, Bermudo e Manzano (2011) realizaram um estudo em hospitais de longa e média permanência em Espanha, e encontraram evidências de que a sub-nutrição afecta a maioria dos utentes nestes hospitais e associa-se com uma maior mortalidade; apenas um

terço dos sub-nutridos recebe terapia nutricional; autores encontraram relação entre sub-nutrição moderada a severa e Úlceras de Pressão.

Também Schmidt (2002) refere a nutrição como um dos factores mais influentes associados com o desenvolvimento de Úlceras de Pressão, constituindo-se o estado nutricional como um factor de risco.

Banks *et al* (2010) confirmam que a má-nutrição surge associada a duas vezes maior probabilidade de desenvolver uma Úlcera de Pressão em Instituições Públicas de Queensland, na Australia; a má-nutrição aumenta também a probabilidade de se apresentar uma Úlcera de Pressão mais severa.

Van Gilder *et al* (2009) publicaram o resultado de vários estudos de survey entre 2004 e 2007, em que se concluiu que a prevalência de Úlceras de Pressão é mais elevada em utentes com baixo índice de massa corporal.

Também na Alemanha, em 2010, Shahin *et al* chegaram a uma relação estatisticamente significativa entre os parâmetros da má nutrição (perda de peso, IMC inferior a 18,5 e baixa ingesta nutricional) e a presença de Úlceras de Pressão, num estudo realizado em Hospitais e *Nursing Homes*, numa população de 6460 utentes.

Ohura *et al*, num ensaio clínico randomizado realizado no Japão, afirmam que a intervenção nutricional pode melhorar directamente o processo de cicatrização em doentes com Úlcera de Pressão (2011).

Raffoul *et al* (2006) defendem que os utentes com Úlcera de Pressão sofrem alterações nos micronutrientes; além disto, as refeições ingeridas não cobrem as necessidades energéticas. Os autores afirmam que o uso de suplemento oral corrige os micronutrientes, as proteínas e as necessidades energéticas, o que justifica por si só a sua utilização.

Gunnarson, Lonn e Gunningberg (2009), num estudo envolvendo 100 utentes com fractura da anca, verificaram que os utentes que receberam suplementação nutricional regular desenvolveram menos Úlceras de Pressão.

Stratton *et al* (2005) realizaram uma revisão sistemática da literatura em que concluem que a ingestão de suplementos orais se associa uma menor incidência de Úlceras de Pressão; verificam também a tendência para cicatrização otimizada quando se usam suplementos com altos níveis de proteínas versus fórmulas *standart*; afirmam também que os suplementos, particularmente os mais ricos em proteínas, podem reduzir significativamente o risco de desenvolver Úlceras de Pressão até 25%.

Desneves *et al* (2005), num ensaio clínico randomizado e controlado realizado na Australia, introduziram 2 suplementos diários ricos em arginina, vitamina C e Zinco, o que veio a melhorar de forma significativa a cicatrização das úlceras.

1.6.5 – Programas de Prevenção Estruturados

De acordo com Bergquist-Beringer e Daley (2012), é mais difícil adequar a prevenção de Úlceras de Pressão (de acordo com as *guidelines*) no cuidar em casa do que nos hospitais. Ainda assim, para estes autores, é necessária grande capacidade de comunicação e colaboração.

Jankowski e Nadzam, em Nova Iorque, instauram um programa de qualidade em 4 hospitais, chegando aos seguintes resultados: existem limitações na formação e treino dos profissionais; falta de envolvimento do médico; falta de envolvimento dos enfermeiros não licenciados/técnicos de enfermagem; falta de planeamento e comunicação; falta da avaliação da qualidade das práticas (2011).

Também no Irão, num estudo realizado com 126 enfermeiros, se chega à conclusão de que o nível de conhecimento sobre feridas e prevenção das mesmas é insuficiente (Iranmanesh, Rafiel e Foroogh, 2011).

Ainda em 2011 é publicado um estudo semelhante desta vez no Egipto, onde o conhecimento dos enfermeiros acerca das medidas preventivas de desenvolvimento de Úlceras de Pressão é uma vez mais classificado como deficitário e abaixo dos níveis aceitáveis (El Engin, Zaghloul).

Em 2010, na Suécia, realizou-se um estudo com enfermeiros de 4 unidades de cuidados intensivos, que identificaram barreiras à prevenção estruturada de Úlceras de Pressão, nomeadamente: falta de tempo, doentes severamente doentes, falta de material de alívio de pressão (Strand e Lindgren).

Num estudo realizado em Michigan, EUA, é descrito que as medidas preventivas instituídas por enfermeiros aumentam à medida que aumenta a percepção dos mesmos no que concerne ao risco de o utente vir a desenvolver Úlcera de Pressão (Magnan, Maklebust, 2009).

Assim sendo, torna-se imperativo apostar na formação dos profissionais directamente relacionados com o utente e com os cuidados ao mesmo.

Em Nashville, também nos EUA, instituiu-se um programa educativo para assistentes de enfermagem que veio a reduzir a incidência de Úlceras de Pressão de 2,17% para 1,71% num centro de cuidados agudos com 250 camas (Howe, 2008).

Ainda nos EUA, Delmore *et al* (2011) implantaram um programa de prevenção estruturado nos Centros *Medicare* e *Medicaid Services*; em três anos conseguiram reduzir a incidência de Úlceras de Pressão de 7.3% para 1.3%.

Também na China, Kwong *et al* aplicaram um programa de prevenção numa *Nursing Home*, que conseguiu reduzir a incidência de 2,5% para 0,8%; já a prevalência foi reduzida de 9% para 2,5% (2011).

Na Holanda, de Laat *et al* (2007) implementaram uma *guideline* num serviço de cuidados intensivos, que resultou na diminuição de incidência de Úlceras de Pressão, no aumento do uso de colchões adequados e no aumento do tempo para adquirir uma Úlcera de Pressão.

Bastantes são os artigos científicos que atestam a eficiência de um programa de prevenção estruturado na redução da incidência e prevalência de Úlceras de Pressão; é no entanto necessária uma abordagem multidisciplinar para que se consiga um plano não só exequível na prática mas também efectivo na prevenção deste tipo de feridas.

2 - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

“As alterações demográficas, com cada vez maior peso da população idosa, assim como a alteração do tecido social provocada pela ausência do domicílio da mulher, cuidadora tradicional, levaram à necessidade de encontrar respostas para apoio de pessoas em situação de dependência. Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento activo, são os desafios no momento, a nível global.” (UMCCI, 2009:4 A)

De acordo com o DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, em Portugal existem carências quer ao nível de cuidados de longa duração quer de cuidados paliativos, resultantes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Ou seja, há necessidade de respostas inovadoras e diversificadas capazes de satisfazer o aumento esperado de procura de cuidados especializados, não só por pessoas idosas com dependência funcional, mas também de doentes com patologia crónica múltipla e pessoas com patologia incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Com o objectivo de fomentar a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho).

A RNCCI é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados no local de residência do utente e, quando tal não for possível, em locais especificamente equipados para o efeito (PORTAL DA SAÚDE, 2008). A RNCCI dirige-se então, a pessoas em situação de dependência, independente da sua idade, que necessitem de cuidados de saúde e de apoio social. Estes cuidados podem ser de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (UMCCI, 2009 B). Pretende-se que esta seja *“Feita de pessoas, para as pessoas e com as pessoas (...)”*, promovendo e valorizando a qualidade de vida dos cidadãos (UMCCI, 2009:1 B).

Assim, esta Rede pretende implementar um modelo de prestação de cuidados que esteja adequado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este consiga aceder aos cuidados necessários n tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado (UMCCI, 2009 A).

A RNCCI pretende oferecer uma prestação individualizada, humanizada e oportuna de cuidados em respeito da dignidade, preservação da identidade, privacidade, informação, não-

discriminação, integridade física e moral, exercício da cidadania e prevalece o consentimento informado das intervenções efectuadas (UMCCI, 2009 B).

De acordo com a mesma fonte, a RNCCI possibilita a continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação de cuidados, mediante parcerias e outras articulações na comunidade, e proximidade da prestação.

Preconiza-se a equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas prestadoras da Rede; a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade não só no acesso mas também na prestação de cuidados; e a avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de metas de promoção, recuperação contínua ou manutenção de autonomia e bem-estar (UMCCI, 2009 A).

De acordo com a UMCCI (2009 A), fomenta-se a participação e co-responsabilização dos utentes e dos seus familiares/cuidadores informais ou representante legal, ao longo da elaboração e concretização do plano individual de intervenção incluindo as decisões de mobilidade e alta.

De acordo com a fonte supracitada, pretende-se atingir eficiência, eficácia, qualidade e sustentabilidade da prestação cuidados, incluindo os paliativos; e a optimização do conforto, função e suporte social aos utentes em fim de vida e respectivos familiares/cuidadores informais.

Referenciando o DECRETO-LEI nº 101/206 de 6 de Junho, no seu artigo 8º, a RNCCI está organizada num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social.

Este funcionamento pressupõe as seguintes bases:

- Intercepção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e das equipas prestadoras de cuidados;
- Coordenação entre os diferentes sectores e recursos locais;
- Organização mediante modelos de gestão que garantam a prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos, procurando a satisfação das pessoas e favorecendo a optimização dos recursos;
- Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos (DECRETO-LEI nº 101/206 de 6 de Junho no seu artigo 8º).

Sendo que o Plano individual de cuidados continuados integra o conjunto de objectivos a atingir com o utente, face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção tanto a nível clínico como social (DECRETO-LEI nº 101/206 de 6 de Junho no seu artigo 3º).

Segunda a UMCCI (2009 A) a RNCCI é gerida segundo um modelo que assenta numa lógica de descentralização e contratualização de serviços.

Supracitando a mesma fonte, a coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional pelas Equipas de Coordenação Regional (ECR) e a nível local pelas Equipas de Coordenação Local (ECL). Esta descentralização procura alcançar uma articulação efectiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, permitindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de garantir o bom funcionamento do processo de gestão de utentes.

A constituição intersectorial, ou seja, a existência de elementos quer da área de saúde quer da segurança social, nas equipas de coordenação é uma característica presente nos diferentes níveis de coordenação (UMCCI, 2009 A).

No referente ao financiamento da RNCCI, esta dispõe de “(..) *um modelo de financiamento específico, o qual define o financiamento das unidades e equipas, em função das condições de funcionamento das respostas, obedecendo ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva, variando, ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, podendo incluir participações do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS), do Ministério da Saúde (MS) e dos utentes(...)*” (UMCCI, 2009:14 A).

Sendo que, quando nos referimos a casos que integram a componente de apoio social, existe uma repartição dos encargos financeiros entre o MTSS e o MS, por sua vez nos cuidados prestados em situações presentes nas unidades de média e longa duração existe uma comparticipação da segurança social (UMCCI, 2009 A).

2.1 - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E CUIDADOS PALIATIVOS

Os Cuidados Continuados Integrados são então o conjunto de intervenções sequenciais e integradas de saúde e apoio social, que procuram promover a recuperação global da pessoa melhorando a sua funcionalidade em situação de dependência, através da sua reabilitação,

readaptação e reinserção familiar e social. Englobam cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónico e em situações de dependência (PORTAL DA SAÚDE, 2008).

Os Cuidados continuados integrados procuram não só a reabilitação, a readaptação e a reintegração social da pessoa dependente, mas também a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (DECRETO-LEI nº 101/2006 no seu artigo 5º).

Por sua vez, os cuidados paliativos centram-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias da pessoa em fim de vida, de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Englobando todas as acções paliativas inerentes, ou seja, qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visam minorar as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente com doença irreversível ou crónica progressiva. Estas acções podem acontecer em internamento ou no domicílio do utente (DECRETO-LEI nº 101/2006 no seu artigo 3º).

2.2 - TIPOLOGIA DA REDE

A prestação dos cuidados de saúde e/ou apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro (4) tipos de resposta:

- Unidades de internamento;
- Unidades de ambulatório;
- Equipa Hospitalar;
- Equipas Domiciliárias.

Neste âmbito, importa caracterizar as várias tipologias de cuidados continuados.

2.2.1 – Unidades de Internamento

Constituem as Unidades de Internamento as **Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção; e Unidades de Cuidados Paliativos.**

A **Unidade de Convalescença** tem por objectivo a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia

potencialmente recuperável e que não requer cuidados hospitalares de agudos (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho no seu artigo 13º).

Para esta tipologia deverão ser encaminhadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo de agudo ou recorrência de um processo crónico com elevado potencial de reabilitação, com internamento previsível de 30 dias consecutivos por admissão (UMCCI, 2009 A).

A **Unidade de Média Duração e Reabilitação** visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situações decorrentes de recuperação de um processo agudo ou descompensação de doença crónica, cuja previsibilidade do internamento, por admissão, se situe entre os 30 e os 90 dias consecutivos (UMCCI, 2009 A). Ou seja, assegura cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial em pessoas com perda de autonomia potencialmente recuperável (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho no seu artigo 15º).

Por sua vez a **Unidade de Longa Duração e Manutenção**, de acordo com UMCCI (2009 A) pretendem proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o bem-estar do utente. São unidades que optimizadas para doentes com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no seu domicílio.

Geralmente a duração dos internamentos é superior a 90 dias, podendo ser inferior em situações temporárias devido a dificuldades no apoio familiar ou a necessidade de descanso do cuidador principal, no máximo até 90 dias por ano (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, artigo 17º).

Por fim, as **Unidades de Cuidados Paliativos** são unidades para “(...) *acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva (...)*”, podendo estas unidades diferenciarem-se de acordos com as doenças existentes (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho no seu artigo 19º:3861).

2.2.2 – Unidades de ambulatório

De acordo com o artigo 21º do DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, Constituem as Unidades de ambulatório a **Unidade de dia e de Promoção de autonomia**, ou seja, uma unidade onde são prestados cuidados de suporte, de promoção de autonomia e apoio sócias

em regime de ambulatório, para pessoas que não têm condições de serem tratadas no domicílio. Esta unidade deverá funcionar oito (8) horas por dia, no mínimo nos dias úteis, em articulação com outras Unidades da rede.

2.2.3 – Equipa Hospitalar

A equipa hospitalar é constituída pelas **Equipas de gestão de altas** e pelas **Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos** (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 12º).

A **Equipa de gestão de altas**, é composta (no mínimo) por um enfermeiro, um médico e um assistente social, encontrando-se sediada num hospital de agudos, com o objectivo de prepara e gerir as altas hospitalares com outros serviços de forma a garantir a resolução de problemas de saúde e sociais dos doentes, quer a nível domiciliário, quer a nível de articulação com as unidades de convalescença e de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 23º).

A **Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos** tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal de doença. Para tal, esta equipa está sediada em meio hospitalar e é composta por elementos com formação em paliativos, englobando (no mínimo) um médico, um psicólogo e um enfermeiro (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 25º).

2.2.4 – Equipa Domiciliária

São equipas domiciliárias as **Equipas de cuidados continuados integrados** e as **Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos**.

A **Equipa de cuidados continuados integrados** está sob a responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio para a prestação de serviços domiciliários e apoia utentes cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, quer por situação de dependência funcional, doença terminal ou processo de convalescença. Sendo a avaliação desta situação feita em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta o apoio social (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 27º).

A **Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos** pretende prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e longa duração e manutenção. Este aconselhamento passa não só por assessoria quer das equipas, quer do próprio utente e família, mas também por formar em cuidados paliativos, por avaliar os utentes e pela gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 29º).

2.3 - ACESSO À REDE, INGRESSO E MOBILIDADE

O DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 31º, refere que são destinatários da Rede todas as pessoas que se encontrem em alguma destas situações:

- Dependência funcional, quer transitória, quer prolongada;
- Idosas com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto funcional;
- Doença severa, em fase avançada ou terminal.

O ingresso na Rede é sempre feito por proposta, podendo variar a entidade que propõe o utente, em função da sua origem e de qual o tipo de cuidados que pretende obter.

Assim, em caso de dependência o ingresso na Rede é proposto pelas equipas prestadoras de cuidados continuados ou pelas equipas de gestão de altas.

No que se refere à admissão nas unidades de convalescença e de média duração e reabilitação, a proposta é elaborada pela equipa de gestão de altas, no decorrer de diagnóstico de dependência, elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar, ou pela equipa coordenadora local.

Quanto à admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia é determinada pela equipa coordenadora local, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efectuado.

A admissão nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

A admissão nas unidades de cuidados paliativos e nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos é determinada por proposta médica.

A admissão nas equipas de suporte em cuidados paliativos é feita sob proposta, preferencialmente, das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde de abrangência ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

Quando se preveja a necessidade de cuidados de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área (DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 32º).

Quando é esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

Para tal a preparação da alta, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa da Rede. Esta preparação da alta obriga que seja dado conhecimento aos familiares, à instituição de origem e ao médico assistente da pessoa em situação de dependência, referenciando o DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho, no seu artigo 33º.

2.4 – PERFIL DOS UTENTES DA REDE

Em 2011 foram assistidos 18804 utentes pela RNCCI. De acordo com o relatório intercalar de monitorização da RNCCI (publicado pela UMCCI, em 2011), pode descrever-se a população como envelhecida, sendo que 81% dos utentes referenciados têm 65 ou mais anos. A referir que esta tem sido a tendência, tendo os valores oscilado entre 79% em 2008 e 81% em 2011 53% de género feminino e 47% de género masculino.

De destaque é também o facto de, em 2011, o grupo etário com idade superior a 80 anos representar 41,5% dos utentes de ambos os sexos.

A nível da autonomia global, e ainda de acordo com a mesma fonte, em 2011 96% dos utentes referenciados foram classificados como Incapazes/Dependentes, sendo este o valor mais alto de sempre desde 2008.

2.5 – UNIDADE DE PROMOÇÃO DE AUTONOMIA E BEM-ESTAR DA ENCARNAÇÃO – UCCI

A Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação (LNostrum, SA) é a maior unidade de Cuidados Continuados Integrados em Portugal, com 192 camas contratualizadas (à data da colheita de dados) e 4 Tipologias de Cuidados:

- Unidade de Convalescença: 17 camas;
- Unidade de Média Duração e Reabilitação: 78 camas;
- Unidade de Longa Duração e Manutenção: 77 camas;
- Unidade de Cuidados Paliativos: 20 camas.

Dividem-se estes utentes em diversas Alas/Enfermarias, nomeadamente por diferentes pisos:

- Piso 0: ALA PAPOILAS (Convalescença);
ALA GIRASSOL (Média-Duração)
- Piso -1: ALA MARGARIDAS/ESTRELÍCIAS (Média-Duração)
ALA ROSAS (Longa-Duração)
ALA TÚLIPAS (Cuidados Paliativos)
- Piso -2: ALA ACÀCIAS (Longa-Duração)
ALA LÍRIOS (Longa-Duração).

No piso 0 encontra-se o refeitório, comum a utentes e profissionais; no mesmo piso encontra-se também a Capela, o Serviço de Cabeleireiro e o Bar, também comum a utentes e profissionais. Utentes podem também usufruir de Serviço de Animação Sócio-Cultural, que beneficia com a existência de biblioteca (com acesso à internet) de ateliers de arte e expressão plástica, entre outros.

É também no Piso 0 que se encontram os seguintes Serviços/Gabinetes: Recepção; Financeiro e Administrativo; Recursos Humanos; Serviço Social; Dietética e Nutrição; Animação Sócio-Cultural; Psicologia Clínica; Direcção Clínica; Direcção Técnica.

No piso -1 situa-se o Ginásio de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Piscina, Sauna e Banho Turco. Encontra-se aqui também o auditório da instituição, os vestiários dos profissionais e a morgue.

No piso -2 pode encontrar-se um jardim interior.

No piso -3 e -4 funcionam serviços de apoio, tais como: Armazém, Farmácia, Lavandaria, entre outros.

A referir que a LNostrum SA foi recentemente adquirida pela Empresa ASFE SAÚDE, também sediada na Encarnação e com uma história de cerca de 25 anos, o que faz com que a UPABE seja, em conjunto com a ASFE, uma entidade de grande valor empresarial e social no Concelho de Mafra, não só pelo que traz de benefícios para a saúde das populações mas também a nível das muitas pessoas que emprega e pelo facto de muitas destas serem profissionais qualificados.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1 – METODOLOGIA

A metodologia abrange um conjunto de técnicas e métodos que orientam a elaboração de um trabalho de investigação (Fortin, 2003). Assim, a metodologia é constituída pela descrição do tipo de estudo, a definição de objectivos, formulação das questões de investigação, identificação da população e amostra, descrição do instrumento utilizado na colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamento estatístico.

O tipo de estudo escolhido é não experimental, perspectivo e descritivo correlacional. Trata-se de um estudo baseado numa metodologia não experimental porque não ocorreu manipulação de variáveis. É perspectivo porque explora causas supostas, diferenças supostas e avança no tempo para o efeito suposto (Lo-Biondo-Wood, Haber, 2001), e é descritivo correlacional pois apenas se caracterizou o fenómeno e se discriminou factores determinantes ou conceitos que a ele pudessem estar associados; tentou-se também averiguar se entre algumas das variáveis existe ou não uma relação. Assim, como destaca Fortin (2003), a descrição dos conceitos ou variáveis conduz a uma relação entre os conceitos teóricos e o seu significado nos resultados obtidos.

Segundo Fortin (2003:100) “O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação”, ou seja, é um enunciado declarativo que define a orientação da investigação, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos e especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo.

Face à problemática em estudo, definiram-se os seguintes objectivos gerais:

- Determinar a Taxa de Incidência e a Taxa de Prevalência de Úlceras de Pressão na UPABE no primeiro semestre de 2012;
- Caracterizar os utentes com Úlcera(s) de Pressão na UPABE no primeiro semestre de 2012;
- Caracterizar as Úlceras de Pressão existentes na UPABE no primeiro semestre de 2012;
- Identificar comportamentos dos profissionais da UPABE relacionados com os utentes com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012.

Como objectivos específicos apresenta-se:

- Descrever quais as características (idade, género, estado nutricional, tipologia de internamento) dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012;
- Averiguar quais os diagnósticos principais dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012;
- Averiguar qual o grupo profissional da UPABE que mais detecta o desenvolvimento de Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012;
- Descrever quais as características (número, categoria e localização) das Úlceras de Pressão presentes em utentes da UPABE no primeiro semestre de 2012 ;
- Verificar se existe uma relação entre o facto de o utente da UPABE apresentar Alto Risco de Desenvolver Úlcera de Pressão (Score da Escala de Braden igual ou inferior a 16) e a utilização de Medidas de Prevenção de Úlceras de Pressão, no primeiro semestre de 2012;
- Verificar se existe uma relação entre o facto de o utente da UPABE apresentar Alto Risco de Desenvolver Úlcera de Pressão (Score da Escala de Braden igual ou inferior a 16) e o ser posicionado/mobilizado mais frequentemente, no primeiro semestre de 2012;
- Averiguar qual a percentagem de utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão que não foram sujeitos a Medidas Preventivas no primeiro semestre de 2012;
- Averiguar qual a percentagem de utentes que desenvolveram Úlcera(s) de Pressão na UPABE e que não foram sujeitos a Medidas Preventivas no primeiro semestre de 2012;
- Determinar qual o nível de dependência dos utentes da UPABE (Score do Índice de Barthel) com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012;
- Verificar se existe uma relação entre o nível de dependência do utente da UPABE (Score do Índice de Barthel) e o facto de ser posicionado/mobilizado mais frequentemente, no primeiro semestre de 2012;
- Averiguar qual a percentagem de utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão que não ingerem suplemento alimentar no primeiro semestre de 2012;
- Determinar qual a percentagem de utentes que desenvolveram Úlcera(s) de Pressão na UPABE que não ingeriam suplemento alimentar no primeiro semestre de 2012.

1.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a uma situação que deve ser explorada de modo a obter novas informações. É portanto, um enunciado interrogativo e claro, que precisa os conceitos-chave e especifica a natureza da população que se quer estudar, sugerindo uma investigação empírica. Habitualmente, as questões de investigação abrangem a população-alvo e incluem uma ou duas variáveis (Fortin, 2003).

Deste modo, face à problemática deste estudo e à amostra a analisar, identificou-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a Incidência/Prevalência de Úlcera(s) de Pressão em utentes da UPABE integrados na RNCCI no primeiro semestre de 2012?
- Quais as características (idade, género, estado nutricional, tipologia de internamento) dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012?
- Quais os diagnósticos principais dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão no primeiro semestre de 2012?
- Qual o grupo profissional que mais detectou o desenvolvimento de Úlcera(s) de Pressão na UPABE e no primeiro semestre de 2012?
- Quais as características (categoria/localização) mais frequentes das Úlceras de Pressão na UPABE, no primeiro semestre de 2012?
- Qual a percentagem de utentes com Úlcera(s) de Pressão que não foram sujeitos a medidas preventivas na UPABE, no primeiro semestre de 2012?
- Qual a percentagem de utentes que desenvolveram Úlcera(s) de Pressão na UPABE e que não foram sujeitos a medidas preventivas no primeiro semestre de 2012?
- Qual o nível de dependência (Score do Índice de Barthel) dos utentes com Úlcera(s) de Pressão na UPABE e no primeiro semestre de 2012?
- Qual a percentagem de utentes com Úlcera(s) de Pressão que não ingeriram suplemento alimentar na UPABE e no primeiro semestre de 2012?
- Qual a percentagem de utentes que desenvolveram Úlcera(s) de Pressão na UPABE e que não ingeriam suplemento alimentar no primeiro semestre de 2012?

1.2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com LoBiondo-Wood e Haber (2001), a hipótese é a formulação de uma suposição sobre a relação entre duas ou mais variáveis que sugere uma resposta para a questão de pesquisa. A hipótese converte desta forma a questão apresentada pelo problema de pesquisa numa formulação declarativa que pressupõe um resultado esperado.

Apresentam-se as seguintes hipóteses:

- **H1(a):** Existe uma relação entre o Score de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a utilização de Medidas de Prevenção, no primeiro semestre de 2012.
- **H1(b):** Existe uma relação entre o Score do Índice de Barthel dos utentes da UPABE com Úlcera de Pressão e a utilização de Medidas de prevenção, no primeiro semestre de 2012.
- **H1(c):** Existe uma relação entre o Score da Escala de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a Rotina de posicionamento/mobilização, no primeiro semestre de 2012.
- **H1(d):** Existe uma relação entre o nível de dependência dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão (Score do Índice de Barthel) e a Rotina de posicionamento/mobilização.

1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é um conjunto de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2003). No âmbito deste estudo, a população-alvo é composta pelos utentes com Úlcera de Pressão integrados na RNCCI no primeiro semestre de 2012. Como população acessível (LoBiondo-Wood e Haber, 2001) ou população-alvo identificável (Aguiar, 2007) temos os utentes da UPABE com Úlcera de Pressão no primeiro semestre de 2012. Como a referida unidade é composta por diferentes tipologias de internamento e como há a possibilidade de os doentes se mobilizarem dentro destas, foi considerado cada internamento como um episódio diferente, mesmo que este seja referente à mesma pessoa.

Neste estudo, a amostra, por conveniência, corresponderá à população alvo identificável ou população acessível, devido à importância de sinalizar, a nível da instituição UPABE em

que tipologias é que existe maior incidência/prevalência de úlceras de pressão e identificar se os comportamentos dos profissionais contribuem para isso ou não, face à revisão bibliográfica realizada. Desta forma, assume-se assim uma amostra não probabilística por conveniência.

1.4 – PROCEDIMENTO E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para recolher as informações necessárias, foram elaborados dois documentos tipo questionário que se apresentam em Apêndice, um para o Estudo da Prevalência de Úlceras de Pressão (APENDICE I) e outro para o Estudo da Incidência de Úlceras de Pressão (APENDICE II).

Para o presente estudo, pelo facto de não se recolher os dados directamente do utente, mas sim através dos enfermeiros da instituição, construiu-se uma bateria de questões que permitiu uniformizar os dados obtidos.

Não poderá ser considerado um questionário, uma vez que, de acordo com Fortin (2003), o questionário é um tipo de instrumento em que o próprio participante lê as questões e escreve as suas respostas no local apropriado. Assim, o questionário é um conjunto de enunciados ou de questões apresentadas por escrito que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e os resultados junto dos sujeitos, permitindo ainda colher qualquer outra informação junto destes.

No entanto, e devido às semelhanças ao questionário, optou-se por operacionalizar as questões como se de um questionário se tratasse.

Existem diversos tipos de questões, segundo Hill e Hill (2005): perguntas abertas são aquelas que requerem uma resposta construída e escrita pelo respondente, ou seja, é a pessoa que responde pelas suas próprias palavras. A pergunta fechada é aquela em que o respondente tem de escolher entre respostas alternativas fornecidas pelo autor do questionário.

Fortin (2003) considera ainda que existem questões mistas, que incorporam os dois tipos de questões referidos anteriormente.

A pergunta fechada pode ser dicotómica, de escolha múltipla, ou de gradação/contínuo. A dicotómica diz respeito às perguntas que dão duas hipóteses de respostas pré-estabelecidas. As questões de escolha múltipla, são aquelas que dão várias possibilidades de respostas pré-estabelecidas. As questões de gradação/contínuo são as que têm uma determinada hierarquia e as pessoas escolhem uma das respostas apresentadas. Existem ainda as questões de escolha fixa, que são perguntas que têm várias respostas

possíveis, elaboradas em intervalos, devendo conter todas as possibilidades e ser mutuamente exclusivas. Este tipo de questões é apropriado, quando a extensão da resposta é conhecida e limitada (Fortin, 2003).

A referir que são incluídas nestes documentos de recolha de dados as seguintes variáveis: idade, género, tipologia de internamento, diagnóstico principal, Score da Escala de Braden, Score do Índice de Barthel, Dieta prescrita, Suplementação Nutricional Adicional, Peso/Altura (para o cálculo do Índice de Massa Corporal), Material de Prevenção, Rotina de Posicionamento/Mobilização e finalmente Categoria e Localização da(s) Úlcera(s) de Pressão. A acrescentar que no documento relativo à Incidência se acrescenta outra variável: o profissional que detectou a Úlcera de Pressão.

Para o estudo da incidência de Úlceras de Pressão, colheram-se os dados de dia 1 a 28 de Fevereiro, 1 a 30 de Abril e finalmente de 1 a 30 de Junho de 2012. Este documento foi preenchido ao longo do mês, pelo(a) Enfermeiro(a) que detectou a Úlcera de Pressão ou pelo(a) Enfermeiro(a) a quem a mesma foi reportada.

Para estudar a prevalência, escolheu-se um dia do mês aleatoriamente: dia 15. Portanto, a prevalência de Úlceras de Pressão foi determinada a 15 de Fevereiro, 15 de Abril e finalmente a 15 de Junho. Este documento foi preenchido pelo(a) Enfermeiro(a) que esteve a realizar o turno da Manhã (8-16h).

A referir que foi anexo a cada um destes documentos uma versão adaptada do Sistema de Classificação de Úlceras de Pressão da *National Pressure Ulcer Advisory Panel /European Pressure Ulcer Advisory Panel* (2009) (APENDICE III), para que a classificação atribuída às Úlceras de Pressão seja homogénea e congruente com o que está definido pelas organizações acima referidas.

Os documentos foram colocados em todas as Alas de Longa Duração (Acácias, Lírios, Rosas), Média-Duração (Margaridas, Estrelícias, Girassol), Convalescença (Papoilas) e Cuidados Paliativos (Túlipas) no primeiro dia de cada um dos meses referidos, às 8h; e foram recolhidos às 16h do último dia dos meses referidos.

No que concerne à descrição e operacionalização das variáveis:

- **Número de Processo:** variável ordinal, operacionalizada por uma pergunta aberta, em que era colocado o número do processo administrativo;

- **Idade:** variável numérica operacionalizada por uma pergunta aberta, em que era colocada a idade do utente em anos;
- **Género:** variável nominal, operacionalizada por uma pergunta fechada dicotómica, com as opções “Feminino” ou “Masculino”;
- **Tipologia de Internamento:** variável nominal, operacionalizada através de uma pergunta fechada e de escolha múltipla, em que se seleccionava uma das quatro (4) opções seguintes: “Convalescença”; “Média Duração e Reabilitação”; “Longa Duração e Manutenção” e “Cuidados Paliativos”;
- **Diagnóstico Principal:** variável nominal, operacionalizada por uma pergunta aberta, onde era referido o diagnóstico principal de admissão;
- **Profissional que detecta a(s) Úlcera(s) de Pressão:** variável nominal, de resposta fechada com as opções de resposta: “Enfermeiro”; “Auxiliar de Acção Directa”, “Fisioterapeuta”, “Terapeuta Ocupacional” e “Outro”;
- **Escala de Braden:** operacionalizada no instrumento de colheita de dados por uma pergunta aberta, onde era apontado o Score obtido pelo utente na última avaliação desta Escala; posteriormente opta-se por operacionalizar os resultados em “Elevado Risco” (para valores menores ou iguais a 16) e “Baixo Risco” (para valores superiores a 16), constituindo-se a variável como nominal;
- **Índice de Barthel:** variável nominal, foi operacionalizada no instrumento de colheita de dados por uma pergunta aberta, onde era apontado o Score obtido pelo utente na última avaliação desta Escala; posteriormente criaram-se 3 categorias: “Dependente” (para Scores iguais ou inferiores a 60), “Independente nos cuidados essenciais” (para scores de 61 a 84) e finalmente “Independente com assistência mínima” (para Scores iguais ou superiores a 85) (Granger e colaboradores, referenciado por Araújo *et al*, 2007).
- **Dieta Prescrita:** variável nominal, de resposta aberta;
- **Suplementação Nutricional Adicional:** variável nominal, de resposta fechada com as opções de resposta: “Cubitan®”, “Forticreme®”, “Fortimel®”, “Diasip®”, “Fantomalt®”, “Protifar®” e “Outro”;
- **Índice de Massa Corporal:** após colheita do peso e altura dos utentes, calculou-se o IMC, operacionalizado depois em categorias: Baixo Peso (< 18,5), Peso Saudável (18,6 a 24,9), Excesso de Peso (25 a 29,9), Obesidade Grau I (30,0 a 34,9), Obesidade

Grau II (35,0 a 39,9) e Obesidade Grau III (igual ou maior a 40); constitui-se desta forma como uma variável nominal;

- **Material de Prevenção:** variável nominal, operacionalizada em questão de resposta fechada com as opções de resposta: “Colchão de Pressão Alternativa”, “Colchão de Gel”, “Almofada de Gel”, “Lã de Carneiro”, “Calcanheiras” e “Outro”;
- **Rotina de Posicionamento:** variável ordinal, operacionalizada em questão de resposta fechada com as opções de: “2/2horas”, “3/3horas”, “4/4horas” e “Outra”;
- **Categoria da Úlcera de Pressão** (se múltiplas, conta-se a mais grave): variável ordinal, de resposta fechada com as opções de resposta: “Grau I”, “Grau II”, Grau III” ou “Grau IV”;
- **Localização de Úlceras de Pressão** (se múltiplas, conta-se a mais grave): variável nominal, de resposta fechada em que eram dadas as seguintes opções de resposta: “Sagrada”, “Trocanter”, “Calcâneo” e “Outra”;
- **Número de Úlceras de Pressão:** variável numérica, operacionalizada mediante a indicação do número (quantidade) de UP do utente.

1.5 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a realização de um trabalho de investigação são necessários determinados procedimentos e formalidades.

A ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002:21), no Código Deontológico que rege a *praxis* dos enfermeiros, no seu artigo 78.º no n.º1, refere que “As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”, estando aí garantido o respeito pelos direitos e liberdades dos utentes.

Quanto às formalidades necessárias para a implementação do instrumento e colheita de dados dos utentes da UPABE, foi imprescindível a realização de um pedido oficial, de forma a obter o consentimento da instituição.

Assim, foi elaborado um pedido formal à instituição (ANEXO I), que respondeu positivamente ao mesmo (ANEXO II).

Segundo Fortin (2003:117) “O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo

próprio investigador”. O direito à confidencialidade indica ao investigador o tratamento de reserva aos dados íntimos que lhe são fornecidos durante a aplicação do estudo.

1.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS

Tendo em conta o tipo dados obtidos no levantamento de dados, e os objectivos e questões de investigação que se estabeleceu para este trabalho, os dados foram tratados informaticamente através do programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Packedge for the Social Sciences* – Pacote Estatístico para Ciências Sociais), na sua versão 18.

Utilizou-se a estatística descritiva com o objectivo de descrever e sistematizar todos os dados obtidos, nomeadamente frequências absolutas (N°) e relativas (%); medidas de tendência central, como a média (\bar{x}) e moda (Mo); e medidas de dispersão, como o desvio padrão (s), valor máximo (X_{Max}) e valor mínimo (X_{Min}). Os dados são apresentados através de quadros.

Procedeu-se à aplicação de Testes Estatísticos para comprovar (ou não) a relação entre certas variáveis, nomeadamente o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Para além da estatística referida, foram também calculados os índices de incidência/prevalência de Úlceras de Pressão na Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação.

Sendo que estes são calculados de acordo com as seguintes formulas genéricas:

$$\text{Taxa de Incidência (\%)}: \frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes que desenvolveram UP no prazo considerado}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes total (n)}} \times 100$$

$$\text{Taxa de Prevalência (\%)}: \frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes com UP no prazo considerado}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes total (n)}} \times 100$$

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo apresentamos os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, pelo levantamento de dados dos utentes com Úlcera de Pressão da UPABE no primeiro semestre de 2012.

Para uma melhor visualização e compreensão dos resultados, os dados serão apresentados através de quadros e gráficos, nos quais se omitiu a fonte, por serem relativos aos mesmos.

1.1 – ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Pode começar por dizer-se que na UPABE e no primeiro semestre de 2012 existiram 7 utentes a desenvolver Úlcera de Pressão, tendo cada um deles desenvolvido 1 Úlcera de Pressão, respectivamente.

Considerando os dados recolhidos através do instrumento de colheita de dados relativo à incidência de Úlceras de Pressão, obtiveram-se informações relativas à idade, género, tipologia de internamento, entre outras.

No que diz respeito à variável idade podemos observar em baixo os dados principais dos utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão na UPABE no primeiro semestre de 2012.

Quadro 2: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à idade

Idade	n	Xmin	Xmax	\bar{x}	S	Mo
	7	34	83	70,9	17,7	83

Nos 7 utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão no primeiro semestre de 2012 na UPABE pode afirmar-se que a sua média de idades foi de 70,9 anos, com um mínimo de 34 anos e um máximo de 83 anos. O valor da moda foi de 83 anos e o desvio padrão de 17,7 anos. A referir também que 85,7% destes indivíduos tinha 65 ou mais anos.

Assim, e considerando o que foi referido, pode dizer-se que o conjunto de indivíduos que desenvolveu Úlcera de Pressão era tendencialmente envelhecido.

Já quanto à distribuição destes 7 indivíduos relativamente ao género, obtiveram-se os dados seguintes:

Quadro 3: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao género

Género do Utente	nº	%
Masculino	3	42,9
Feminino	4	57,1
Total	7	100,0

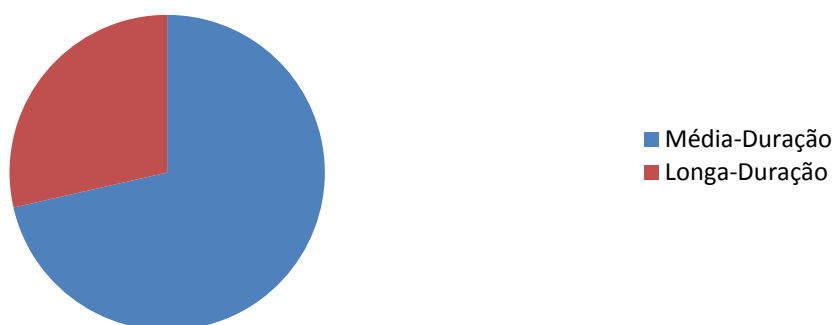
Dos 7 indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão observa-se que 3 (42,9%) são do género masculino, enquanto os restantes 4 (57,1%) são do género feminino.

Obteve-se também dados relativos à tipologia de internamento. Como se pode observar seguidamente, 5 (71,4%) dos utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão estavam internados na tipologia de Média-Duração e Reabilitação, enquanto os restantes 2 (28,6%) estavam internados na tipologia de Longa Duração e Manutenção.

Quadro 4: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à tipologia de internamento

Tipologia de Internamento	nº	%
Convalescença	0	0,0
Média-Duração	5	71,4
Longa-Duração	2	28,6
Paliativos	0	0,0
Total	7	100,0

Gráfico 1: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à tipologia de internamento



A referir o facto de, no primeiro semestre de 2012, não se ter verificado a incidência de Úlceras de Pressão em duas das tipologias da UPABE, nomeadamente na tipologia de Convalescença e nos Cuidados Paliativos.

Quanto ao Diagnóstico de Admissão dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão o mais frequente foi o AVC, com 4 casos (57,1%), seguindo-se da DM2 com 2 casos (28,6%) e finalmente com o diagnóstico de admissão de Úlceras de Pressão surge 1 caso (14,3%).

Quadro 5: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao diagnóstico de admissão

Diagnóstico de Admissão	nº	%
AVC	4	57,1
DM2	2	28,6
Úlceras de Pressão	1	14,3
Total	7	100,0

No que diz respeito ao profissional que detecta a Úlcera de Pressão, como se pode ver pelo quadro 6, figuram apenas 2 categorias profissionais, são elas: o enfermeiro, que detectou 4 das 7 ocorrências (57,1%); e o AAD (Auxiliar de Acção Directa), que detectou as restantes 3 ocorrências (42,9%).

Quadro 6: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao profissional que detecta a ocorrência

Profissional que detecta a UP	nº	%
Enfermeiro	4	57,1
AAD	3	42,9
Total	7	100,0

Assim, nenhuma das outras categorias profissionais, nomeadamente fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou outros detectou o desenvolvimento de uma Úlcera de Pressão.

Como já foi referido neste trabalho, existem várias formas de prever o risco de um indivíduo poder vir a desenvolver uma Úlcera de Pressão. Na UPABE utiliza-se a Escala de Braden, sob indicações da Direcção Geral da Saúde. Assim, e de acordo com o score deste instrumento, pode-se analisar se os indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão estariam ou não em risco.

Quadro 7: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao grau de risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden)

Grau de Risco de desenvolver UP	nº	%
Risco Elevado	5	71,4
Baixo Risco	2	28,6
Total	7	100,0

Gráfico 2: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao grau de risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden)



Pode então dizer-se que 5 dos indivíduos (71,4%) apresentavam Risco Elevado de desenvolver Úlcera de Pressão, enquanto apenas 2 (28,6%) dos 7 indivíduos apresentavam Baixo Risco de desenvolver Úlcera de Pressão.

Foi também investigada a rotina de posicionamentos e mobilizações a que os utentes estariam sujeitos. Segundo os dados obtidos, todos os 7 utentes em causa eram sujeitos a mobilizações e posicionamentos de 4 em 4 horas; ou seja, 100% dos utentes que desenvolveram Úlceras de Pressão na UPABE no primeiro semestre de 2012 cumpriam uma rotina de posicionamento e mobilização de 4 em 4 horas.

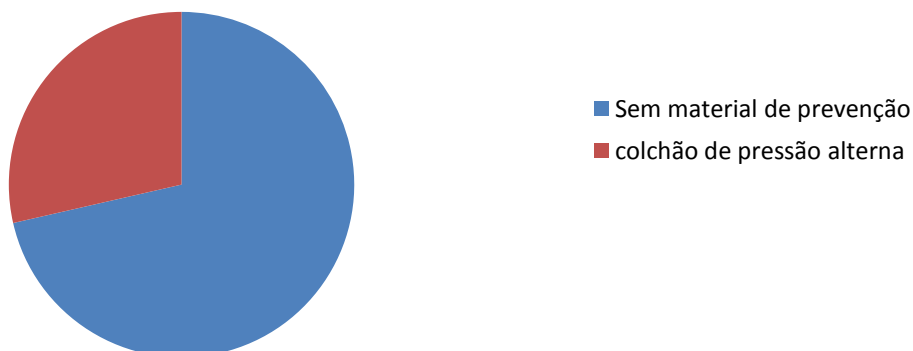
Analisou-se também se estes utentes foram ou não sujeitos a medidas preventivas reconhecidas na literatura, nomeadamente aplicação de material de prevenção, tal como colchões de pressão alterna, colchões de gel, almofadas de posicionamento diferenciadas, entre outras. Verificou-se que, dos 7 utentes que desenvolveram Úlceras de Pressão, apenas 2 (28,6%) foi sujeito a medidas de prevenção, respectivamente a colocação de colchão de pressão alterna.

Quadro 8: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à utilização de material de prevenção

Material de prevenção	nº	%
Sem material de prevenção	5	71,4
Colchão de pressão alterna	2	28,6
Total	7	100,0

Verifica-se então que 71,4% (5) dos utentes que desenvolveram Úlceras de Pressão não foram sujeitos a cuidados recorrendo a material preventivo.

Gráfico 3: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à utilização de material de prevenção



Para avaliação do grau de dependência e funcionalidade dos utentes, utiliza-se na UPABE o Índice de Barthel. Foram analisados os Scores deste Índice, chegando-se à conclusão de que todos os 7 utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão eram Dependentes, ou seja, apresentavam um Score inferior a 60.

No que concerne ao estado nutricional dos utentes, foi utilizado o valor do IMC e posteriormente classificados em diferentes categorias (já referidas e definidas na Metodologia). Observou-se o seguinte:

Quadro 9: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto ao estado nutricional

Estado Nutricional	nº	%
Baixo peso	1	14,3
Peso saudável	4	57,1
Obesidade grau II	1	14,3
Obesidade grau III	1	14,3
Total	7	100,0

Pode então dizer-se que apenas 1 (14,3%) dos utentes apresentava baixo peso, enquanto que os restantes 6 (85,7%) se encontravam com peso saudável ou mesmo obesos.

Além do estado nutricional, avaliou-se ainda a dieta prescrita destes 7 utentes que desenvolveram úlcera de pressão.

Quadro 10: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à dieta prescrita

Dieta Prescrita	nº	%
Dieta geral	3	42,9
Dieta hipoglucídica	1	14,3
Dieta hipossalina e hipoglucídica	3	28,6
Dieta entérica industrial	1	14,3
Total	7	100,0

Pode observar-se que a maior parte dos utentes (42,9%) ingeria dieta geral; seguidamente surgem 3 utentes (28,6%) a cumprir dieta hipossalina e hipoglucídica; finalmente surge 1 (14,3%) utente a cumprir dieta hipoglucídica e 1 (14,3%) utente a cumprir dieta entérica industrial.

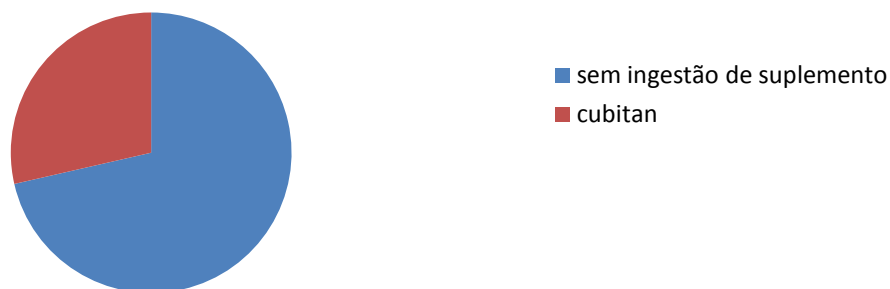
Procurou-se também saber se os utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão na UPABE estariam ou não a realizar suporte nutricional com suplemento oral; desta forma,

observou-se que dos 7 utentes em causa apenas 2 (28,6%) se encontravam a ingerir Cubitan® diariamente. Os restantes 5 (71,4) utentes não foram sujeitos a suporte nutricional.

Quadro 11: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral

Suplemento oral	nº	%
Sem ingestão de suplemento	5	71,4
Cubitan®	2	28,6
Total	7	100,0

Gráfico 4: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral



Finalmente procura-se saber mais sobre a Úlcera de Pressão que foi detectada; analisa-se para isso a Categoria da Úlcera de Pressão e também a sua Localização.

Quanto à Categoria das Úlceras de Pressão desenvolvidas, a maioria (5; 71,4%) foram avaliadas como de Categoria II, sendo as restantes (2; 28,6%) avaliadas como de Categoria IV.

Quadro 12: Classificação dos indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão quanto à Categoria da UP

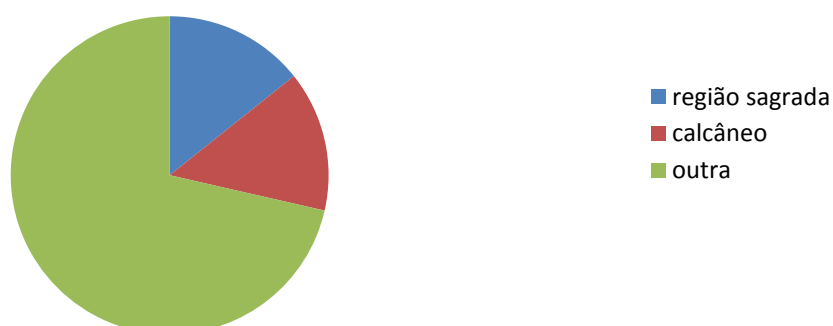
Categoria da Úlcera de Pressão	nº	%
Categoria II	5	71,4
Categoria III	2	28,6
Total	7	100,0

No que concerne à localização das Úlceras de Pressão formadas, pode observar-se que a maioria (5; 71,4%) não se desenvolveu nos locais anatómicos mais frequentes:

Quadro 13: Classificação das Úlceras de Pressão desenvolvidas quanto à Categoria da UP

Localização das Úlceras de Pressão	nº	%
Região Sagrada	1	14,3%
Calcâneo	1	14,3%
Outra	5	71,4%
Total	7	100,0

Gráfico 5: Classificação das Úlceras de Pressão desenvolvidas quanto à Localização da UP



A Taxa de Incidência de Úlceras de Pressão na UPABE relativa a cada um dos meses considerados pode ser calculada pela seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Incidência (\%)} = \frac{\text{nº de utentes que desenvolveram UP no prazo considerado}}{\text{nº de utentes total (n)}} \times 100$$

(por mês)

Assim, a Taxa de Incidência da UPABE no primeiro semestre de 2012 será a média aritmética entre a Taxa de Incidência de cada um dos meses considerados. Para isso, apresenta-se seguidamente o quadro 14:

Quadro 14: Distribuição dos casos em que ocorreu desenvolvimento de Úlcera de Pressão de acordo com o mês de ocorrência e a tipologia de internamento

Mês	nº (casos)	%	Convalescença	Média Duração	Longa Duração	Paliativos
Fevereiro	1	14,2	0	0	1	0
Abril	3	42,9	0	3	0	0
Junho	3	42,9	0	2	1	0
Total	7	100,0	0	5	2	0

É indispensável para o cálculo da Taxa de Incidência o número de internamentos total por cada um dos meses considerados e por tipologia. A referir que estes dados foram gentilmente fornecidos pela UPABE e são apresentados seguidamente:

Quadro 15: Número de internamentos total por mês e por tipologia

Tipologia Mês	Convalescença	Média Duração	Longa Duração	Paliativos	Total
Fevereiro	28	93	81	27	229
Abril	25	88	80	30	223
Junho	24	97	81	34	236
Total	77	278	242	91	688

Apresentam-se então as Taxas de Incidência por mês:

$$TI \text{ Fevereiro (\%)} = 1/229 \times 100 = 0,0044 \times 100 = 0,44\%$$

$$TI \text{ Abril (\%)} = 3/223 \times 100 = 0,0134 \times 100 = 1,34\%$$

$$TI \text{ Junho (\%)} = 3/236 \times 100 = 0,0127 \times 100 = 1,27\%$$

Pode desta forma calcular-se a Taxa de Incidência da UPABE no primeiro semestre de 2012:

$$TI \text{ (UPABE)} = (TIFevereiro + TIAbril + TIJunho)/3 = (0,44\% + 1,34\% + 1,27\%)/3 = \mathbf{1,02\%}$$

No entanto, e uma vez que em duas das tipologias (Convalescença e Paliativos) não existiu desenvolvimento de Úlceras de Pressão, faz sentido calcular a Taxa de Incidência nas Tipologias de Média-Duração e Reabilitação e Longa-Duração e Manutenção.

$$\textbf{Taxa de Incidência (\%)}: \frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes que desenvolveram UP no prazo considerado}}{\text{(Média-Duração)}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes total (n)}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes total (n)}}$$

Sendo que foram identificados 5 indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão durante o prazo considerado (meses de Fevereiro, Abril e Junho) e na tipologia de Média-Duração, o valor da Taxa de Incidência nesta tipologia será o seguinte:

anos e um máximo de 98 anos. O valor da moda foi de 70 anos e o desvio padrão de 11,6 anos. A referir também que 91% destes indivíduos tinha 65 ou mais anos.

Assim, e considerando o que foi referido, pode dizer-se a o conjunto de indivíduos que apresentou Úlcera(s) de Pressão era marcadamente envelhecido.

Já quanto à distribuição destes 66 indivíduos relativamente ao género, obtiveram-se os dados seguintes:

Quadro17: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao género

Género do Utente	nº(casos)	%
Masculino	29	43,9
Feminino	37	56,1
Total	66	100,0

Dos 66 indivíduos que apresentaram Úlcera(s) de Pressão observa-se que 29 (43,9%) são do género masculino, enquanto os restantes 37 (56,1%) são do género feminino.

Obteve-se também dados relativos à tipologia de internamento. Como se pode observar seguidamente, 46 (69,7%) dos utentes que apresentaram Úlcera(s) de Pressão estavam internados na tipologia de Média-Duração e Reabilitação, enquanto 14 (21,2%) estavam internados na tipologia de Longa Duração e Manutenção.

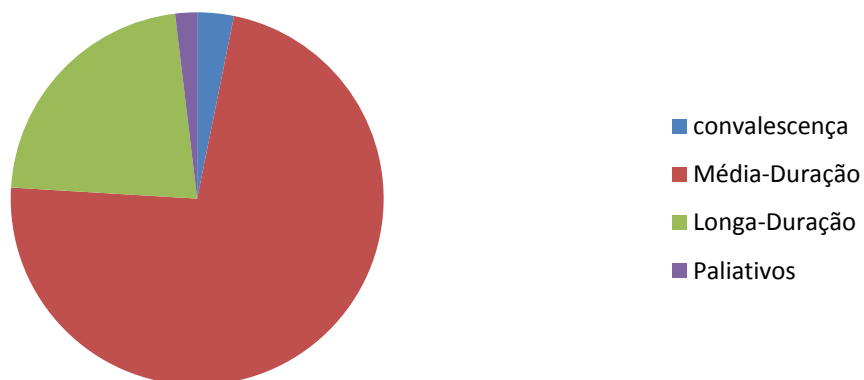
Quadro 18: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à tipologia de internamento

Tipologia de Internamento	nº(casos)	%
Convalescença	2	3,0%
Média-Duração	46	69,7%
Longa-Duração	14	21,2%
Paliativos	4	6,1%
Total	66	100,0

A referir o facto de, no primeiro semestre de 2012, se ter verificado que a prevalência de Úlceras de Pressão é tendencialmente menor de em duas das tipologias da UPABE,

nomeadamente na tipologia de Convalescença (2 casos; 3%) e nos Cuidados Paliativos (4 casos; 6,1%).

Gráfico 6: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à tipologia de internamento



Quanto ao Diagnóstico de Admissão dos indivíduos que apresentaram Úlcera(s) de Pressão obteve-se variados diagnósticos:

Quadro 19: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao diagnóstico de admissão

Diagnóstico de Admissão	nº(casos)	%
Fractura do fémur	3	4,5
Alzheimer	3	4,5
Amputação membro inferior	1	1,5
AVC	30	45,5
Cardiopatía Isquémica	1	1,5
Demência	5	7,6
Diabetes Mellitus 2	1	1,5
Encefalopatia	2	3,0
Insuficiência Cardíaca Congestiva	2	3,0
Leucemia	2	3,0
Mielite Transversa	1	1,5
Neoplasia da Mama	1	1,5
Neoplasia da Próstata	1	1,5
Oclusão Intestinal	2	3,0

Paraplegia por fractura D4	3	4,5
Parkinson	2	3,0
Sepsis	1	1,5
Tuberculose pulmonar	1	1,5
Traumatismo Craneo-Encefálico	2	3,0
Traqueobronquite aguda	1	1,5
Úlceras de Pressão	1	1,5
Total	66	100,00

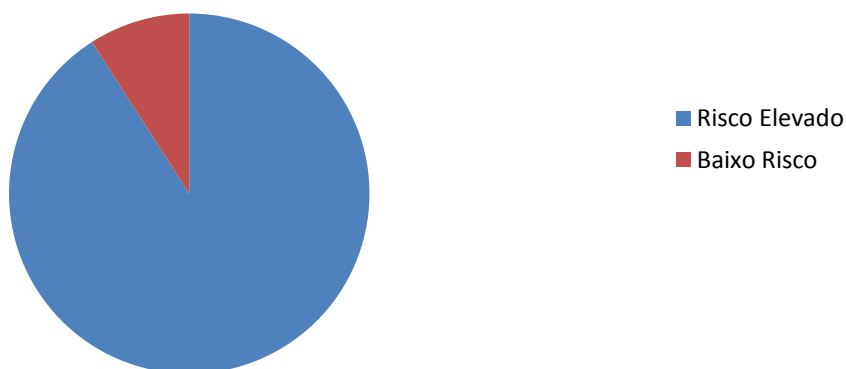
Dos 66 casos em análises é relevante referir os 30 (45,5%) cujo Diagnóstico de Admissão é o Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguidos pelos 5 casos (7,6%) que apresentaram Úlcera(s) de Pressão cujo Diagnóstico de Admissão é a Demência.

Segue-se a análise do Score da Escala de Braden, utilizada para prever o risco de desenvolvimento de Úlcera de Pressão.

Quadro 20: classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao grau de risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden)

Grau de Risco de desenvolver UP	nº(casos)	%
Risco Elevado	60	90,9
Baixo Risco	6	9,1
Total	66	100,0

Gráfico 7: classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao grau de risco de desenvolver UP (de acordo com a Escala de Braden)



Pode então dizer-se que 60 dos indivíduos (90,9%) apresentavam Risco Elevado de desenvolver Úlcera de Pressão, enquanto apenas 6 (9,1%) dos 66 casos apresentavam Baixo Risco de desenvolver Úlcera de Pressão.

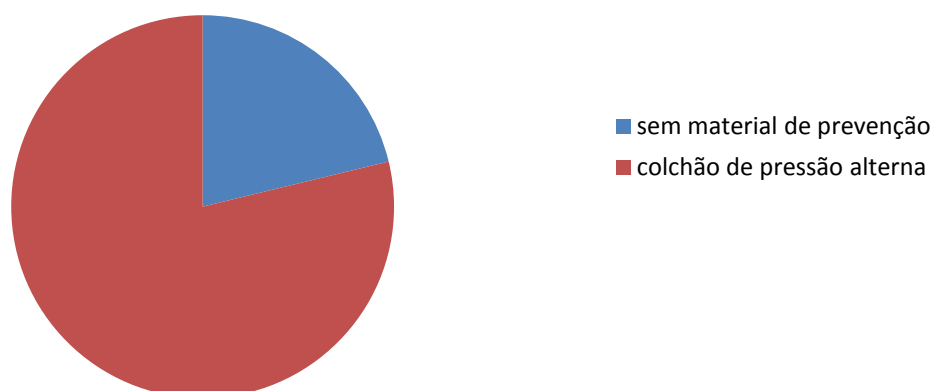
Foi também investigada a rotina de posicionamentos e mobilizações a que os utentes estariam sujeitos. Segundo os dados obtidos, 63 (95,5%) dos utentes em causa eram sujeitos a mobilizações e posicionamentos de 4 em 4 horas; os restantes 3 (4,5%) casos eram autónomos na mobilização, não cumprindo o esquema de posicionamento e mobilização de rotina (4 em 4 horas).

Analizou-se também se estes utentes foram ou não sujeitos a cuidados com aplicação de material de prevenção, tal como no Estudo da Incidência. Verificou-se que, dos 66 casos que apresentaram Úlcera(s) de Pressão, apenas 14 (21,2%) não foi sujeito a medidas de prevenção. Os restantes 52 casos (78,8%) foram sujeitos a medidas preventivas, nomeadamente a colocação de colchão de pressão alterna.

Quadro 21: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à utilização de material de prevenção

Material de prevenção	nº(casos)	%
Sem material de prevenção	14	21,2
Colchão de pressão alterna	52	78.8
Total	66	100,0

Gráfico8: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à utilização de material de prevenção



Como já foi referido, para avaliação do grau de dependência e funcionalidade dos utentes, utiliza-se na UPABE o Índice de Barthel. Foram analisados os Scores deste Índice, chegando-se à conclusão de que todos os 66 utentes que apresentaram Úlcera(s) de Pressão eram Dependentes, ou seja, apresentavam um Score inferior a 60.

No que concerne ao estado nutricional dos utentes, foi novamente utilizado o valor do IMC e posteriormente classificados em diferentes categorias. Observou-se o seguinte:

Quadro 22: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao estado nutricional

Estado Nutricional	nº(casos)	%
Baixo peso	15	22,7
Peso saudável	37	56,1
Excesso de Peso	9	13,6
Obesidade grau I	1	1,5
Não avaliado	4	6,1
Total	66	100,0

Pode então referir-se que 15 (22,7%) dos 66 casos apresenta baixo peso, enquanto que 37 (56,1%) casos apresentam peso saudável. A referir que existem 4 casos cujo estado nutricional não foi avaliado, uma vez que representam utentes internados na tipologia de Paliativos, em que não é realizada avaliação mensal de peso.

Além do estado nutricional, avaliou-se ainda a dieta destes 66 utentes que apresentaram Úlcera(s) de Pressão.

Quadro 23: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à dieta prescrita

Dieta Prescrita	nº(casos)	%
Dieta geral	22	33,3
Dieta hipossalina	3	4,5
Dieta hipoglucídica	18	27,3
Dieta hipossalina e hipoglucídica	5	7,6
Dieta entérica artesanal	6	9,1
Dieta entérica industrial	9	13,6
Dieta antidiarreica	3	4,5
Total	66	100,0

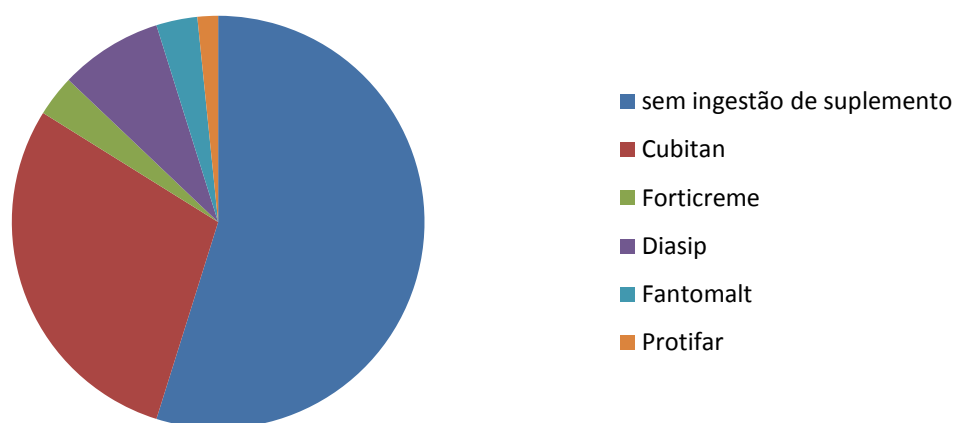
Pode observar-se que a maior parte dos utentes (33,3%) ingeria dieta geral; seguidamente surgem 18 utentes (27,3%) a cumprir dieta hipoglucídica; a referir que existem 14 utentes (22,7%) a realizar alimentação entérica.

Procurou-se também saber se os utentes que apresentaram Úlcera(s) de Pressão na UPABE estariam ou não a realizar suporte nutricional com suplemento oral; desta forma, observou-se que dos 66 utentes em causa 34 (51,5%) não se encontravam a ingerir qualquer suplemento. Já 18 utentes (27,3%) se encontravam a ingerir Cubitan®, um suplemento rico em arginina direccionado especificamente para pessoas com Úlcera de Pressão.

Quadro 24: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral

Suplemento Oral	nº(casos)	%
Sem ingestão de suplemento	34	51,5
Cubitan®	18	27,3
FortiCreme®	2	3,0
Diasip®	5	7,6
Fantomalt®	2	3,0
Protifar®	1	1,5
Outro	4	6,1
Total	66	100,0

Gráfico 9: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto à ingestão de suplemento oral



Por fim, procura-se saber mais sobre a(s) Úlcera(s) de Pressão existentes; analisa-se para isso o número de Úlceras Pressão por caso, a Categoria da Úlcera de Pressão mais grave por caso e também a sua localização.

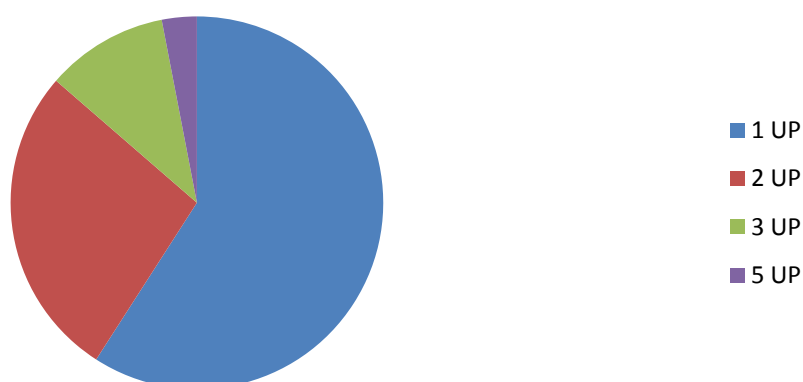
Quanto ao número de Úlceras de Pressão, apresenta-se o seguinte:

Quadro 25: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao número de Úlcera(s) de Pressão

Número de Úlceras de Pressão	nº (casos)	%
1	39	59,1
2	18	27,3
3	7	10,6
5	2	3,0
Total	66	100,0

Pela observação do quadro e realizando alguns cálculos pode-se verificar que o total de Úlceras de Pressão apresentadas foi de 106, em 66 casos considerados.

Gráfico 10: Classificação dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão quanto ao número de Úlcera(s) de Pressão

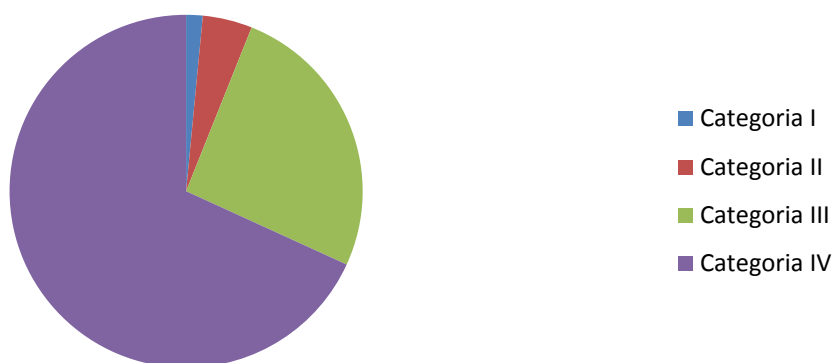


Quanto à categoria das Úlceras de Pressão manifestadas, e num total de 66 Úlceras de Pressão consideradas (uma vez que se considera a Úlcera de Pressão mais grave por caso), a maioria (45; 68,2%) foram avaliadas como de Categoria IV. Seguem-se 17 Úlceras de Categoria III (25,8%) e as de Categoria II, com 3 casos (4,5%). Foi apenas classificada uma Úlcera de Pressão de Categoria I (1,5%).

Quadro 26: Classificação dos indivíduos com Úlcera de Pressão quanto à Categoria da UP mais grave

Categoria da Úlcera de Pressão mais grave	nº(casos)	%
Categoria I	1	1,5
Categoria II	3	4,5
Categoria III	17	25,8
Categoria IV	45	68,2
Total	66	100,0

Gráfico 11: Classificação dos indivíduos com Úlcera de Pressão quanto à Categoria da UP mais grave

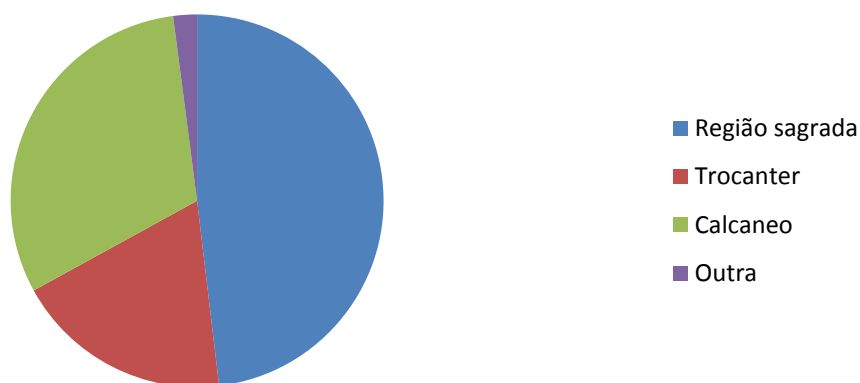


No que concerne à localização da Úlcera de Pressão mais grave de cada caso, pode observar-se que a maioria (28; 42,4%) estava presente na região sagrada, seguindo-se a região do calcâneo, com 18 casos ou 27,3%. Já o trocanter apresentou um total de 11 (16,7%) Úlceras de Pressão mais graves, enquanto que outras localizações estiveram presentes em 9 (13,6%) dos casos considerados.

Quadro 27: Classificação das Úlceras de Pressão mais graves quanto à Localização

Localização da Úlcera de Pressão mais grave	nº(casos)	%
Região sagrada	28	42,4
Trocanter	11	16,7
Calcâneo	18	27,3
Outra	9	13,6
Total	66	100,0

Gráfico 12: Classificação das Úlceras de Pressão mais graves quanto à Localização



A Taxa de Prevalência de Úlceras de Pressão na UPABE respectiva a cada mês (avaliada no dia 15 desse mês) considerado pode ser calculada pela seguinte fórmula:

Taxa de Prevalência (%): $\frac{\text{nº de utentes que apresentam UP no dia 15 do mês considerado}}{\text{nº de utentes total (n)}} \times 100$

Assim, a Taxa de Prevalência da UPABE no primeiro semestre de 2012 será a média aritmética entre a Taxa de Prevalência de cada um dos meses considerados. Para esse cálculo, torna-se essencial a análise do quadro seguinte:

Quadro 28: Distribuição dos casos com Úlceras de Pressão de acordo com o mês de ocorrência e a tipologia de internamento

Mês	nº (casos)	%	Convalescença	Média Duração	Longa Duração	Paliativos
Fevereiro	26	39,4	1	17	7	1
Abril	21	31,8	1	14	3	3
Junho	19	28,8	0	15	4	0
Total	66	100,0	2	46	14	4

Apresentam-se então as Taxas de Prevalência por mês, considerando um total de 192 utentes (número total de camas da UPABE concessionadas à RNCCI) por cada dia de avaliação da prevalência:

$$\text{TP Fevereiro}(\%) = 26/192 \times 100 = 0,135 \times 100 = 13,54\%$$

$$\text{TP Abril (\%)} = 21/192 \times 100 = 0,109 \times 100 = 10,93\%$$

$$\text{TP Junho (\%)} = 19/192 \times 100 = 0,099 \times 100 = 9,9\%$$

Pode desta forma calcular-se a Taxa de Prevalência da UPABE no primeiro semestre de 2012:

$$\text{TP (UPABE)} = (\text{TP Fevereiro} + \text{TP Abril} + \text{TP Junho}) / 3 = (13,54 + 10,93 + 9,9) / 3 = \mathbf{11,46\%}$$

Uma vez que este estudo se cinge a uma única instituição, faz sentido calcular a Taxa de Prevalência em cada uma das tipologias, sinalizando desta forma onde é que o fenómeno é mais relevante.

Relembra-se então no quadro seguinte a distribuição de camas por cada tipologia de internamento:

Quadro 29: Distribuição de camas concessionadas á RNCCI por tipologia

Tipologia de Internamento	nº camas
Convalescença	17
Média-Duração	78
Longa-Duração	77
Paliativos	20
Total	192

$$\text{Taxa de Prevalência (\%)} = \frac{\text{nº de utentes com UP no dia 15 do mês considerado}}{\text{nº de utentes total (n)}} \times 100$$

$$\text{TP Convalescença Fevereiro: } 1/17 \times 100 = 0,0588 \times 100 = 5,88\%$$

$$\text{TP Convalescença Abril: } 1/17 \times 100 = 0,0588 \times 100 = 5,88\%$$

$$\text{TP Convalescença Junho: } 0/17 = 0\%$$

Assim sendo,

$$\text{TP Convalescença} = (\text{TP Convalescença Fevereiro} + \text{TP Convalescença Abril} + \text{TP Convalescença Junho}) / 3 = (5,88 + 5,88 + 0) / 3 = \mathbf{3,92\%}$$

TP Média-Duração Fevereiro: $17/78 \times 100 = 0,2179 \times 100 = 21,79\%$

TP Média-Duração Abril: $14/78 \times 100 = 1,1795 \times 100 = 17,95\%$

TP Média-Duração Junho: $15/78 \times 100 = 0,1923 \times 100 = 19,23\%$

Assim sendo,

TP Média-Duração = (TP Média-Duração Fevereiro + TP Média-Duração Abril + TP Média-Duração Junho) / 3 = $(21,79+17,95+19,23) / 3 = \mathbf{19,66\%}$

TP Longa-Duração Fevereiro: $7 / 77 \times 100 = 0,0909 \times 100 = 9,09\%$

TP Longa-Duração Abril: $3 / 77 \times 100 = 3,89\%$

TP Longa-Duração Junho: $4 / 77 \times 100 = 0,0519 \times 100 = 5,19\%$

Assim sendo,

TP Longa Duração = (TP Longa-Duração Fevereiro + TP Longa-Duração Abril + TP Longa-Duração Junho) / 3 = $(9,09+3,89+5,19) / 3 = \mathbf{6,06\%}$

TP Paliativos Fevereiro: $1/20 \times 100 = 0,05 \times 100 = 5\%$

TP Paliativos Abril: $3/20 \times 100 = 0,15 \times 100 = 15\%$

TP Paliativos Junho: $0/20 \times 100 = 0\%$

Assim sendo,

TP Paliativos = (TP Paliativos Fevereiro + TP Paliativos Abril + TP Paliativos Junho) / 3 = $(5+15+0) / 3 = \mathbf{6,67\%}$

Pode afirmar-se então que a tipologia de Média-Duração é onde existe uma maior prevalência de Úlceras de Pressão, com 19,66%; isto significa que praticamente 1/5 dos utentes desta tipologia possuem uma Úlcera de Pressão ou mais.

Segue-se a esta a tipologia de Cuidados Paliativos, com uma prevalência de 6,67%; também Longa-Duração apresenta 6,06%.

Finalmente, a tipologia de Convalescença apresenta uma prevalência de apenas 3,92%.

1.3 – TESTES DE HIPÓTESES

H1(a): Existe uma relação entre o Score de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a utilização de Medidas de Prevenção, no primeiro semestre de 2012.

H0(a): Não existe uma relação entre o Score de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a utilização de Medidas de Prevenção, no primeiro semestre de 2012.

Quadro 30: Output SPSS relativo ao cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção

		Material de Prevenção		Total
		Sem material de prevenção	Colchão de pressão alterna	
Escala de Braden	Risco Elevado	11	49	60
	Baixo Risco	3	3	6
Total		14	52	66

Quadro 31: Output SPSS relativo ao Teste de Qui-Quadrado resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,273 ^a	1	,070	,104	,104
Continuity Correction ^b	1,652	1	,199		
Likelihood Ratio	2,724	1	,099		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,223	1	,073		
N of Valid Cases	66				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,27.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	-,223	,070
	Cramer's V	,223	,070
	Contingency Coefficient	,217	,070
N of Valid Cases		66	

Uma vez que o teste de Qui-quadrado não se deve ter em consideração porque duas células têm uma frequência menor a 5, opta-se pela correlação de Spearman. De acordo com Aguiar (2007), se o interesse da investigação assentar exclusivamente uma análise de correlação, como é o caso, então a análise de correlação de Spearman é um método não paramétrico válido.

Quadro 32: Output SPSS relativo ao Teste de Pearson resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção

Correlations		Escala de Braden	Material de Prevenção
Escala de Braden	Pearson Correlation	1	-,223
	Sig. (2-tailed)		,072
	N	66	66
Material de Prevenção	Pearson Correlation	-,223	1
	Sig. (2-tailed)	,072	
	N	66	66

Quadro 33: Output SPSS relativo ao Teste de Spearman resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Material de Prevenção

Correlations			Escala de Braden	Material de Prevenção
Spearman's rho	Escala de Braden	Correlation	1,000	-,223
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,072
		N	66	66

Material de Prevenção	Correlation	-,223	1,000
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,072	.
	N	66	66

De acordo com os resultados do teste, e considerando que o valor da associação varia de -1 a 1, para um valor de teste de -0,223 e um valor de significância 0,072 (superior a 0,05) obtido, num intervalo de confiança de 95%, chega-se à não rejeição da hipótese nula ($H_0(a)$), portanto pode afirmar-se que neste estudo não existe uma relação estatisticamente significativa entre o Score da Escala de Braden e a utilização de Material de Prevenção.

H1(b): Existe uma relação entre o Score do Índice de Barthel dos utentes da UPABE com Úlcera de Pressão e a utilização de Medidas de prevenção, no primeiro semestre de 2012.

H0(b): Não existe uma relação entre o Score do Índice de Barthel dos utentes da UPABE com Úlcera de Pressão e a utilização de Medidas de prevenção, no primeiro semestre de 2012.

Uma vez que em todos os casos os utentes apresentavam um Score do Índice de Barthel que os classificava como dependentes, não faria sentido a realização do teste de hipótese, já que uma das variáveis seria sempre constante. Assim, pode assumir-se que, na UPABE, e no primeiro semestre de 2012, não existe relação estatisticamente significativa entre o valor do Score do Índice de Barthel e a utilização de Medidas de Prevenção.

H1(c): Existe uma relação entre o Score da Escala de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a Rotina de posicionamento/mobilização, no primeiro semestre de 2012.

H0(c): Não existe uma relação entre o Score da Escala de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a Rotina de posicionamento/mobilização, no primeiro semestre de 2012.

Quadro 34: Output SPSS relativo ao cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização

		Rotina de Posicionamento/Mobilização		Total
		de 4 em 4 horas	outro	
Escala de Braden	Risco Elevado	59	1	60
	Baixo Risco	4	2	6
Total		63	3	66

Quadro 35: Output SPSS relativo ao Teste de Qui-Quadrado resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12,606 ^a	1	,000	,020	,020
Continuity Correction ^b	6,364	1	,012		
Likelihood Ratio	6,598	1	,010		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	12,415	1	,000		
N of Valid Cases	66				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,437	,000
	Cramer's V	,437	,000
	Contingency Coefficient	,400	,000
N of Valid Cases		66	

Uma vez que o Teste de Qui-quadrado não se pode ter em consideração porque duas células têm uma frequência menor a 5, opta-se uma vez mais pela correlação de Spearman.

Quadro 36: Output SPSS relativo ao Teste de Pearson resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização

Correlations			
		Escala de Braden	Rotina de Posicionamento /Mobilização
Escala de Braden	Pearson Correlation	1	,437**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	66	66
Rotina de Posicionamento/ Mobilização	Pearson Correlation	,437**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	66	66

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 37: Output SPSS relativo ao Teste de Spearman resultante do cruzamento de dados entre as variáveis Escala de Braden e Rotina de Posicionamento/Mobilização

Correlations				
			Escala de Braden	Rotina de Posicionamento /Mobilização
Spearman's rho	Escala de Braden	Correlation	1,000	,437**
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	66	66

Rotina de Posicionamento/ Mobilização	Correlation	,437**	1,000
	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	66	66

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

De acordo com os resultados do teste, e considerando que o valor da associação varia de -1 a 1, o valor de teste é 0,437 para um nível de significância de 0,01 (menor que 0,05), num intervalo de confiança de 95%, o que leva à rejeição da hipótese nula ($H_0(c)$), portanto pode afirmar-se que nos utentes estudados existe uma relação estatisticamente significativa entre o Score da Escala de Braden e a Rotina de posicionamento/mobilização. Pode classificar-se esta correlação como moderada.

H1(d): Existe uma relação entre o nível de dependência dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão (Score do Índice de Barthel) e a Rotina de posicionamento/mobilização.

H0(d): Não existe uma relação entre o nível de dependência dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão (Score do Índice de Barthel) e a Rotina de posicionamento/mobilização.

Como já foi referido anteriormente, em todos os casos os utentes apresentavam um Score de Índice de Barthel que os classificava como dependentes; uma vez mais não faria sentido a realização do teste de hipótese, já que uma das variáveis seria sempre constante. Assim, pode assumir-se que na UPABE, e no primeiro semestre de 2012, não existe relação estatisticamente significativa entre o valor do Score do Índice de Barthel e a Rotina de posicionamento/mobilização.

2 – DISCUSSÃO

De modo a reflectir sobre os dados obtidos, expostos na apresentação e análise de dados, e destacar os aspectos mais relevantes encontrados, torna-se essencial confrontá-los com a fundamentação teórica que serve de suporte ao presente trabalho de investigação.

Desta forma, opta-se por também aqui separar o Estudo de Incidência, Prevalência e o Teste de Hipóteses e respectivos dados, para uma exposição, leitura e discussão diferenciadas.

2.1 – DISCUSSÃO DO ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

No que diz respeito ao Estudo de Incidência que foi realizado, pode afirmar-se que na UPABE, e no primeiro semestre de 2012, existiram 7 utentes a desenvolver Úlcera de Pressão, tendo cada um deles desenvolvido uma Úlcera de Pressão, num universo de 688 internamentos.

Os utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão eram tendencialmente envelhecidos, com uma média de idades de 70,9 anos. A referir que 85,7% destes indivíduos tinha 65 ou mais anos. A população da RNCCI é tendencialmente envelhecida, sendo que 81% dos utentes referenciados em 2011 tem 65 anos ou mais (Relatório intercalar de monitorização da RNCCI, Julho de 2011).

O desenvolvimento de Úlcera de Pressão foi mais comum nas mulheres, com 4 ocorrências, representando 57,1%.

Também a Tipologia de Média-Duração apresentou 71,4% (5) das novas Úlceras de Pressão desenvolvidas, sendo que os restantes 28,6% (2) ocorreram em utentes internados em Longa-Duração. Vale a pena referir que em duas das Tipologias não se verificou a incidência de Úlceras de Pressão, são elas a Convalescença e os Cuidados Paliativos.

Quanto ao Diagnóstico de Admissão dos indivíduos de desenvolveram Úlcera de Pressão, o mais prevalente foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC), com 57,1% das ocorrências (4 casos). Encontrou-se também utentes com o Diagnóstico de Admissão de Diabetes Mellitus 2 (DM2; 2 casos) e Úlceras de Pressão (1 caso).

Já o profissional que mais detecta o desenvolvimento ou aparecimento de Úlceras de Pressão na UPABE é nitidamente o Enfermeiro, que detectou 4 das 7 ocorrências (57,1%);

segue-se o Auxiliar de Acção Directa (AAD), que detectou e reportou as restantes 3 ocorrências. Nenhuma das outras categorias profissionais reportou ou identificou qualquer Úlcera de Pressão na UPABE e no período de tempo considerado.

De acordo com Naccarato e Kelleghi, o profissional de enfermagem tem um papel chave na prevenção de Úlceras de Pressão (2011). Compreende-se este papel pela observação minuciosa que este profissional faz da pele do utente, pelo facto de higienizar e mobilizar o utente, pelo facto de contactar 24h/dia com o utente e por manter uma relação de proximidade com o utente previligiada num ambiente de cuidados.

No que concerne à distribuição dos utentes quanto ao seu Grau de Risco de Desenvolvimento de Úlcera de Pressão (Score da Escala de Braden), verificou-se que dos 7 indivíduos que desenvolveram Úlceras de Pressão, 5 (71,4%) apresentavam Elevado Risco de desenvolver Úlceras de Pressão, de acordo com esta Escala. Os restantes 28,6% apresentavam Baixo Risco.

Também a Rotina de Posicionamentos/mobilizações foi alvo de estudo, e veio a observar-se que todos os 7 utentes que desenvolveram Úlceras de Pressão eram alvo de posicionamentos e mobilizações de 4 em 4 horas, sensivelmente.

Analizou-se igualmente se estes sujeitos foram sujeitos a Medidas Preventivas, ou utilização de Material de Prevenção. Verificou-se que dos 7 indivíduos que desenvolveram Úlcera de Pressão, a esmagadora maioria (5; 71,4%) não foi sujeita a cuidados recorrendo a Material de Prevenção identificável. Os restantes 2 indivíduos apresentavam, à data de detecção da Úlcera de Pressão, colchão de pressão alterna como Medida de Prevenção.

No que diz respeito ao Nível de Dependência e Funcionalidade dos utentes, analisou-se os Scores do Índice de Barthel, verificando-se que todos os 7 utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão na UPABE apresentavam Scores inferiores a 60, pelo que são classificados como Dependentes. A referir que na *Newsletter* da RNCCI de Dezembro de 2012 são publicados dados relativos à incapacidade e dependência dos utentes admitidos, obtendo-se os totais de incapazes/dependentes, à data de admissão: 87% em 2008, 94% em 2009, 95% em 2010 e 94% em 2011.

Analisa-se posteriormente o Estado Nutricional dos utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão, chegando aos seguintes achados: apenas 1 dos indivíduos (14,3%) apresentava Baixo Peso, enquanto que os restantes apresentavam Peso Saudável ou eram mesmo Obesos.

Avaliou-se também quais as dietas prescritas destes utentes: 42,9% realizava dieta geral; 42,9% realizava dieta hipoglucídica e hipossalina; os restantes 14,3% tinham prescrito dieta hipoglucídica.

A RNCCI determina que a avaliação e intervenção no estado nutricional são um dos factores determinantes do sucesso da intervenção em cuidados continuados (UMCCI). Pressupõe-se que o objectivo primário da intervenção nutricional é geralmente corrigir a desnutrição proteico-energética, de preferência por via oral.

Desta forma, avaliou-se se os utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão na UPABE no primeiro semestre de 2012 realizavam ou não suporte nutricional com Suplementos Oraís. O que se verificou foi que 5 (71,4%) destes indivíduos não ingeriam qualquer suplemento oral.

Barateau *et al* (2000) realizaram um estudo em França que consistiu na distribuição de 2 suplementos diários (com 200 calorias cada) a utentes severamente doentes durante 15 dias; os autores conseguiram aumentar a ingesta diária e esta intervenção associou-se a um decréscimo do risco de incidência de Úlceras de Pressão.

Já Boshi *et al* (2001) referem, num estudo realizado com utentes paraplégicos, que uma grande porção dos sujeitos apresenta uma ingesta inadequada de proteínas e energia para preservar o estado nutricional. Duque *et al* (2008), num estudo com 107 pacientes sujeitos a cirurgia ortopédica, afirmam que a prevalência elevada de má-nutrição se associa com o desenvolvimento de Úlceras de Pressão.

Bourdel-Marchasson (2000) atesta que o reconhecimento precoce do risco nutricional é a base do suporte nutricional, sendo que a introdução de suplementos se encontra associada a um decréscimo na taxa de incidência de Úlceras de Pressão de Categoria I.

Finalmente, Domini *et al* (2005) referem que apesar de o papel da nutrição não influenciar claramente o risco de Úlceras de Pressão, constitui-se como muito importante na resolução das mesmas.

Tenta-se depois caracterizar as Úlceras de Pressão desenvolvidas, recorrendo à classificação em Categoria e Localização. Quanto à Categoria das Úlceras desenvolvidas, observou-se 5 Úlceras de Pressão de Categoria II (71,4%) e as restantes de categoria III (28,6%). No que diz respeito à Localização observou-se que a grande maioria das Úlceras de Pressão desenvolvidas não ocupou os locais anatómicos clássicos, ou seja, 71,4% (5) foi classificado com a Localização de “Outra”, não se localizando desta forma onde seria de prever (região sagrada, trocanter ou calcâneo).

Após a análise dos dados anteriores, procurou-se então calcular a Taxa de Incidência de Úlceras de Pressão da UPABE, no primeiro semestre de 2012, obtendo-se um valor relativamente baixo de 1,02%. A referir que foram também calculadas Taxas de Incidência por tipologia, sendo que se obteve um valor de 1,8% na Média-Duração e de 0,83% na Longa-Duração. Nas Tipologias de Convalescença e Cuidados Paliativos a Taxa de Incidência foi 0.

De acordo com Morison (2001), em Cuidados a longo termo nos Estados Unidos da América, foi identificada uma Incidência de Úlceras de Pressão de 23,4%; nos Cuidados Continuados, também nos EUA, a incidência seria de 12,9%.

Já segundo o documento “Perfil de Cuidados Continuados”, publicado em Junho de 2011 no site oficial da RNCCI e relativo aos dados globais da região Norte e aos anos de 2009 e 2010, obteve-se uma incidência de Úlceras de Pressão de 3,8% em 2010 e 4,3% em 2009. No mesmo documento são também apresentados os valores de incidência por tipologia: Longa-Duração com 11,6% em 2009 e 10,9% em 2010; Média-Duração com 5,8% em 2009 e 6,1% em 2010; Convalescença com 1,5% em 2009 e 1,2% em 2010.

Observou-se também que, segundo os dados publicados na *Newsletter* da RNCCI em Dezembro de 2011, a incidência de Úlceras de Pressão nos utentes admitidos tem vindo tendencialmente a diminuir: 11% em 2008 e 2009, 9% em 2010 e 8% em 2011.

Pode desta forma afirmar-se que os valores de incidência de Úlceras de Pressão na UPABE são relativamente baixos, face aos valores encontrados na literatura e mesmo face aos dados da RNCCI.

2.2 – DISCUSSÃO DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

No que concerne ao estudo da Prevalência de Úlceras de Pressão na UPABE, no primeiro semestre de 2012, pode-se começar por referir que foram 66 os casos de utentes com Úlcera(s) de Pressão.

Iniciou-se a análise dos dados pela variável idade, obtendo-se uma média de 75,4 anos, com um mínimo de 34 anos e um máximo de 98 anos. A referir que 91% dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão tinha 65 ou mais anos. É então um conjunto de indivíduos marcadamente envelhecido, o que segue a tendência da população da RNCCI.

Posteriormente estuda-se a distribuição destes indivíduos quanto ao género, obtendo-se 37 casos de género feminino (56,1%) e os restantes 29 casos de género masculino (43,9%).

Analisa-se também a distribuição de casos pelas diferentes tipologias de cuidados, verificando-se uma prevalência de Úlcera(s) de Pressão significativamente maior em Média-Duração (46 casos; 69,7%), seguindo-se a Longa-Duração com 14 casos (21,2%), os Cuidados Paliativos com 4 casos (6,1%) e finalmente a Convalescença com 2 casos (3,0%).

Observando a reduzida Taxa de Incidência de Úlceras de Pressão na UPABE, nomeadamente na tipologia de Média-Duração, pode justificar-se a marcada prevalência de Úlceras de Pressão em Média-Duração por um Ofício Circular da Unidade de Missão datado de 8 de Julho de 2010, em que se estabelece que utentes com Úlcera de Pressão deverão ser referenciados para Média-Duração, o que constitui o tratamento das Úlceras de Pressão como uma prioridade na RNCCI.

Quanto aos Diagnósticos de Admissão, obteve-se um conjunto de patologias mais diversificado, mas com uma expressão clara do Diagnóstico de Admissão mais prevalente nos casos de indivíduos com Úlcera de Pressão: 30 destes casos apresentavam o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como Diagnóstico de Admissão, uns representativos 45,5%. Segue-se o Diagnóstico de Admissão de Demência como o segundo mais prevalente, com 5 casos (7,6%). Pode fazer-se referência a alguns dos Diagnósticos de Admissão, tais como a Doença de Alzheimer, a Diabetes Mellitus 2 (DM2), Doença de Parkinson, entre outros.

Estes dados estão de acordo com Morison (2001), que refere que todos os pacientes em situação de mobilidade reduzida estão definitivamente identificados como em risco acrescido de desenvolverem úlceras de pressão. A presença de incontinência, Diabetes, alteração do estado mental e história anterior de úlceras de pressão parecem, na maioria das situações, afectar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em unidades de cuidados de longa duração. Refere ainda que, em cuidados agudos, têm vindo a ser encontradas relações entre úlceras de pressão e algumas situações clínicas, tais como doença respiratória, cancro, doença vascular periférica. Também a imobilidade e as deficiências nutricionais aumentam claramente o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão em todo o tipo de cuidados de saúde.

Capon *et al* (2007) encontraram uma associação entre a presença de Úlceras de Pressão e o diagnóstico de AVC. Kwong *et al* afirmam que a pressão, má-nutrição, fricção, cisalhamento, percepção diminuída da dor devem ser tidos em conta no sentido de prevenir o desenvolvimento de Úlceras de Pressão, nomeadamente em utentes com AVC ou falência renal (2009).

Analizou-se também o Grau de Risco de Desenvolver Úlcera de Pressão, uma vez mais através da Escala de Braden, observando-se que dos 66 casos em análise, 60 (90,9%) apresentavam Risco Elevado de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, enquanto os restantes 6 casos (9,1%) apresentavam Baixo Risco.

Investiga-se também qual a Rotina de Posicionamento/mobilização a que estes indivíduos estariam sujeitos. Apurou-se que 63 (95,5%) dos utentes com Úlcera de Pressão eram sujeitos a posicionamentos/mobilizações de 4 em 4 horas. Apenas 3 indivíduos não eram mobilizados neste esquema, uma vez que, por serem autónomos na mobilização não o cumpriam.

Avaliou-se também a instituição de Medidas de Prevenção ou utilização de Material de Prevenção, verificando-se que dos 66 casos de utentes com Úlcera(s) de Pressão, 52 (78,8%) apresentavam Medidas de Prevenção sob a forma de Colchão de Pressão Alterna. Ainda assim, 14 casos (21,2%) não apresentavam qualquer Material de Prevenção.

Procurou-se também analisar o Grau de Dependência e Funcionalidade dos utentes com Úlcera(s) de Pressão, através do Índice de Barthel. Também aqui, à semelhança dos utentes incluídos no Estudo da Incidência, houve uma classificação total dos indivíduos como Dependentes, por apresentarem valores de Score do Índice de Barthel inferiores a 60.

Seguiu-se o estudo do Estado Nutricional dos utentes com Úlcera(s) de Pressão na UPABE e no primeiro semestre de 2012. Obteve-se 15 casos com Baixo Peso (22,7%), 37 casos (56,1%) com Peso Saudável, 4 casos não foram avaliados (tipologia de Cuidados Paliativos) e os restantes 10 casos com Excesso de Peso ou Obesidade.

Avaliou-se também as dietas prescritas, obtendo-se 22 casos (33,3%) a realizar dieta geral, seguindo-se a dieta hipoglucídica com 18 casos (27,3%). A referir que 15 casos (22,7%) se encontram a realizar alimentação entérica através de sonda nasogástrica ou gastrostomia.

Analizou-se posteriormente se os utentes com Úlcera(s) de Pressão se encontravam ou não a realizar suporte nutricional com utilização de Suplementos Oraais. Observam-se os seguintes achados: mais de metade dos indivíduos com Úlcera(s) de Pressão (34 casos, 51,5%) não se encontravam a realizar qualquer Suplemento Oral; apenas 18 (27,3%) indivíduos se encontravam a ingerir Cubitan® (suplemento Oral específico para utentes com feridas; rico em arginina); os restantes 14 indivíduos encontravam-se a realizar suplementos diversos, tais como Forticreme®, Diasip®, Fantomalt®, Protifar® ou outros.

Como já foi referido, a introdução de suplementos orais em indivíduos com Úlceras de Pressão tem vindo a ser cada vez mais justificada, face a inúmeros estudos.

Iizaka *et al* (2010) correlacionam a perda de proteínas em utentes com Úlceras de Pressão com a severidade das mesmas, a sua profundidade e se estão infectadas. Também Yatabe *et al* (2011) referem que os utentes com Úlcera de Pressão apresentam menores níveis de arginina, que melhoram após introdução de suplemento com arginina; a velocidade de cicatrização melhorou durante a suplementação com arginina.

Também Brewer *et al* (2010) obtiveram um resultado benéfico na cicatrização de indivíduos com lesão medular quando se introduz suplemento rico em arginina. Já Sobotka *et al* (2010), num ensaio clínico randomizado e controlado, introduzem 200mL de suplemento diários, obtendo os seguintes achados: o suplemento acelerou a velocidade de cicatrização; diminuiu a intensidade dos tratamentos às Úlceras de Pressão e diminuiu os custos gerais dos mesmos.

Para finalizar, Lewla *et al* (2000) afirmam que suplementos com arginina são frequentemente administrados a idosos; este estudo demonstra também que são bem tolerados se a função renal for normal e o consumo de fluidos for encorajado.

Estudou-se também as Úlceras de Pressão existentes, nomeadamente o Número de Úlcera(s) de Pressão por caso, a Categoria da Úlcera de Pressão mais grave por caso e também a sua Localização.

No que concerne ao Número de Úlcera(s) de Pressão por caso analisado, observou-se que 39 casos (59,1%) apresentavam apenas uma Úlcera de Pressão, 18 (27,3%) casos apresentavam 2 Úlceras de Pressão, 7 casos (10,6%) apresentavam 3 Úlceras de Pressão e finalmente 2 casos (3,0%) apresentavam 5 Úlceras de Pressão. Calculou-se o número médio de Úlcera(s) de Pressão: 1,61 Úlceras de Pressão por utente estudado. Verificou-se também que o número total de Úlceras de Pressão existentes foi de 106, em 66 casos considerados.

Analisou-se seguidamente a distribuição dos indivíduos quanto à Categoria da sua Úlcera de Pressão mais Grave. Obteve-se uns esmagadores 68,2% (45) de casos cuja Úlcera mais Grave era de Categoria IV; 17 casos (25,8%) apresentavam uma Úlcera de Pressão de Categoria III; os restantes 4 casos de Categoria II ou I.

Finalmente analisa-se a Localização da Úlcera de Pressão mais Grave, obtendo-se 28 casos (42,4%) na Região Sagrada, 11 casos (16,7%) no Trocanter, 18 casos (27,3%) no Calcâneo e finalmente 9 casos (13,6%) noutras localizações.

De acordo com Ferreira *et al* (2007), no estudo denominado de “Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão”, as zonas onde mais frequentemente se localizam as úlceras de pressão são a zona lombar, os pés e as pernas, sendo que a zona sagrada apresentou 19,2% de prevalência, os calcâneos apresentaram valores na ordem dos 11% e os trocânteres na ordem dos 10%, estando o presente estudo de acordo com a fonte supracitada.

Após a análise dos dados anteriores, procurou-se então calcular a Taxa de Prevalência de Úlceras de Pressão da UPABE, no primeiro semestre de 2012, obtendo-se um valor de 11,46%. A referir que foram também calculadas Taxas de Prevalência por tipologia, sendo que se obteve um valor de 3,92% na Tipologia de Convalescença, 19,66 % na Média-Duração, de 6,06% na Longa-Duração e de 6,67% nos Cuidados Paliativos.

De acordo com o NPUAP, a prevalência em hospitais dos Estados Unidos da América varia de 3 a 14%, aumentando para 15 a 25% em casas de repouso. Já no Reino Unido foram identificadas prevalências entre 3,0% a 6,1% em Cuidados Comunitários; Na Holanda foi identificada uma prevalência 83,6% em Cuidados Continuados e de 12,7% em Cuidados Comunitários (Morison, 2001).

Pode afirmar-se que a Taxa de Prevalência encontrada na UPABE se insere nos valores gerais que se observam em vários estudos na área; no entanto, um valor de prevalência de Úlceras de Pressão deve ser analisado mais do que analiticamente, ou seja, não se pode apenas dizer que na UPABE e no primeiro semestre de 2012, sensivelmente 11 em cada 100 utentes apresentava Úlcera(s) de Pressão. Têm que se referir também que 11 utentes em cada 100 tiveram mais dores, estiveram mais susceptíveis à infecção, tiveram a sua reabilitação dificultada e retardada, sofreram mais, consumiram mais recursos materiais, mais recursos farmacológicos, mais recursos humanos...

2.3 – DISCUSSÃO REFERENTE AOS TESTES DE HIPÓTESES

Para delinear as hipóteses em estudo, procurou-se avaliar se os resultados das escalas (Braden e Barthel), rotineiramente aplicadas aos utentes, são considerados na prática dos cuidados ou se representam apenas mais um dado sem relevância nos cuidados ao utente. Assim sendo, procurou-se relacionar os resultados destas escalas com variáveis como a Utilização de Material de Prevenção e a Rotina de Posicionamento/Mobilização, para avaliar

desta forma se os cuidados são de facto personalizados de acordo com as necessidades e riscos inerentes a cada utente.

No diz respeito à primeira hipótese de investigação, ou seja, “Existe uma relação entre o Score de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a utilização de Material de Prevenção, no primeiro semestre de 2012”, pode afirmar-se que, de acordo com o que foi apresentado previamente, o que é afirmado não se manifestou como verdadeiro. Assim, e neste estudo de investigação, não se encontrou uma relação significativa entre o Risco de Desenvolver Úlceras de Pressão e a Utilização de Material de Prevenção.

Desta forma, não se pode afirmar que a Avaliação de Risco/Realização da Escala de Braden está a contribuir de forma significativa para um *improvement* nos cuidados prestados, uma vez que os utentes foram identificados como sujeitos de risco mas aparentemente não foi realizado um planeamento de acções direccionadas a minimizar a maior probabilidade desses mesmos utentes apresentarem a condição adversa.

Primiano *et al* (2011), num estudo realizado num *setting* de cuidados agudos conseguiram identificar 1 score mais baixo da Escala de Braden como um dos factores preditivos de Úlcera de Pressão. Já Amir, Meijers e Halfens (2011), afirmam que o declínio na prevalência de Úlceras de Pressão nos hospitais holandeses pode ser explicado por um conjunto de factores, entre os quais a melhoria na prevenção, nomeadamente a utilização de mais colchões específicos e mais reposicionamentos e mobilizações.

Lahmann *et al* (2011) afirmam que a Escala de Braden é um dos instrumentos de avaliação de risco mais estudados e mais aplicados, sendo que o sub-iten desta escala “Fricção e Cisalhamento” foi, neste estudo, mais associado com a prevalência de Úlceras de Pressão.

Shahin, Dassen e Halfens (2008) encontram relações significativas entre a presença de Úlceras de Pressão e a idade, o Score de Braden e a Incontinência, num estudo realizado entre 2002 e 2006, com uma amostra de 1760 utentes de serviços de Medicina, Cirurgia e Cuidados Intensivos.

Também Capon *et al* (2007), na Itália e num estudo realizado em 10 unidades de cuidados de Longa-Duração, numa amostra de 571 utentes, obtiveram uma prevalência de 27% de Úlceras de Pressão, tendo estas sido associadas ao Elevado Risco de Úlceras de Pressão (Score de Braden), ao diagnóstico de AVC e Trauma.

Lahmann, em 2006, num estudo de incidência e prevalência de Úlceras de Pressão, comparativo entre hospitais e *Nursing Homes*, chegou à conclusão de que os utentes com um

Score de Braden menor (logo com maior nível de risco) apresentavam não só maior número de Úlceras de Pressão mas também maior gravidade inerente às mesmas.

Pelo descrito anteriormente, pode afirmar-se que em vários *settings* se tem comprovado a eficácia da Escala de Braden como instrumento preditor de risco, cujo Score mais baixo surge tendencialmente associado à presença de Úlceras de Pressão. Nesta medida, e uma vez que a Escala de Braden é aplicada por sistema/rotina na UPABE, o valor do seu Score deveria representar algo na prática, ou seja, um utente com Elevado Risco de desenvolver Úlceras de Pressão deveria ser sujeito a cuidados personalizados de forma a minimizar esse mesmo risco identificado.

Uma das formas já referidas para minimizar o Risco de Desenvolver Úlceras de Pressão é a utilização de Material de Prevenção. Shahin, Dassen e Halfens (2009) realizaram um estudo no serviço de Cuidados Intensivos, numa amostra de 121 utentes em que concluem que a utilização de colchões de espuma e de pressão alterna podem diminuir o desenvolvimento de Úlceras de Pressão.

Também Campbell, Woodbury e Houghton (2010), realizaram um estudo em ambiente hospitalar, no Canadá, em que a simples utilização de uma espuma de 2 polegadas no fundo da cama de um Serviço de Ortopedia reduziu a incidência de Úlceras de Pressão nos Calcâneos de 13,8% para 0%; a referir que esta intervenção fazia parte de um programa institucional de aumento da qualidade.

Cullum *et al* (2001) realizaram uma revisão sistemática da literatura em que se conclui que a utilização de colchões específicos de espuma *versus* a utilização de um colchão standart pode reduzir a incidência em utentes em risco. Também em 2001, Khoulowa afirma que os colchões modernos providenciam espuma densa, o que permite a redistribuição da pressão sobre uma área mais abrangente.

Em 2005 Hampton e Collins implementam colchões de espuma viscoelástica e almofadas redutoras de pressão nos cuidados diários de uma *Nursing Home*. Conseguem com estas medidas uma redução em 85,7% das Úlceras de Pressão e obtêm um nível de conforto muito elevado, referido pelos utentes. Os mesmos autores afirmam também em 2000, e como resultado de um estudo comparativo entre 2 colchões de pressão alterna, que os colchões de grandes células se demonstram efectivos na prevenção de Úlceras de Pressão.

Connor *et al* (2010) realizam um estudo em utentes sujeitos a cirurgia urológica nos EUA, chegando à conclusão de que os colchões de redistribuição de pressão dinâmicos devem ser utilizados para reduzir a incidência de Úlceras de Pressão.

A referir que não foi encontrado na pesquisa realizada qualquer estudo em que a utilização de Material de Prevenção se tivesse revelado prejudicial aos utentes, nomeadamente no que se refere à prevenção e tratamento das Úlceras de Pressão. Existem estudos em que não se verifica significativamente um decréscimo na incidência de Úlceras de Pressão mas nenhum em que a utilização destas medidas se tivesse revelado nefasta para os utentes (Rich *et al*, 2011, por exemplo).

Assim sendo, e neste estudo realizado com utentes da UPABE, pode referir-se que existem 7 utentes que apresentaram desenvolvimento de Úlcera de Pressão; desses 7 utentes, 5 não apresentavam Material de Prevenção de Úlceras de Pressão. Pode também dizer-se que em 66 casos em que se verificou a prevalência de Úlceras de Pressão, 14 casos (21,2%) não apresentavam qualquer Material de Prevenção. Isto significa que um quinto (1/5) dos casos com Úlcera(s) de Pressão não foram sujeitos a uma medida material de redistribuição ou redução da pressão.

A seguinte hipótese de investigação enunciava que “ Existe uma relação entre o Score do Índice de Barthel dos utentes da UPABE com Úlcera de Pressão e a utilização de Medidas de Prevenção, no primeiro semestre de 2012”. Ora uma vez que todos os utentes estudados foram, de acordo com este Índice, classificados como dependentes, não será possível afirmar que existe este tipo de relação entre as variáveis, uma vez que uma delas é perfeitamente constante. Assim sendo, não se realizou qualquer teste de hipótese.

Paquay *et al* (2010) implementam na Bélgica um programa educacional para utentes e famílias no sentido de prevenir o desenvolvimento de Úlceras de Pressão. Neste programa, a aplicação de medidas preventivas era determinada por vários factores, nomeadamente a idade, o grau de dependência e a presença de Úlcera de Pressão.

Casimiro, Garcia-de-Lorenzo e Usán (2002), realizaram um estudo em 50 centros geriátricos espanhóis, abrangendo um total de 827 utentes, em que avaliaram uma prevalência de 35,7% de Úlceras de Pressão, identificando como factores de risco: idade, úlcera prévia, diabetes, nível de dependência e funcionalidade, imobilidade, entre outros.

Alman (1997) enuncia vários factores de risco para o desenvolvimento de Úlcera de Pressão, nomeadamente a limitação de actividade/mobilidade, alterações do estado de consciência, entre outros. Brandels *et al* (1994) enunciam a dificuldade na realização das Actividades Básicas de Vida Diária como um factor de risco para o desenvolvimento de Úlcera de Pressão. Também Sparks (1993) refere a dependência no auto-cuidado e o facto de

se estar confinado à cama ou à cadeira como factores de risco associados às Úlceras de Pressão.

Analisando o exposto, esperar-se-ia na UPABE que a utilização de Medidas de Prevenção estivesse relacionada com o nível de dependência e funcionalidade dos utentes; no entanto, face aos dados obtidos, é impossível estabelecer este tipo de relação. Constitui-se este facto como uma das limitações do presente estudo.

A terceira hipótese de investigação postula que “Existe uma relação entre o Score da Escala de Braden dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão e a Rotina de posicionamento/mobilização, no primeiro semestre de 2012”.

De acordo com a realização do Coeficiente de Correlação de Spearman (teste não paramétrico), obteve-se uma correlação moderada entre estas duas variáveis, ou seja, na UPABE e no primeiro semestre de 2012 encontrou-se uma associação entre o Grau de Risco de Desenvolver Úlcera de Pressão e a Rotina de Posicionamento/mobilização. No entanto, importa referir que este teste não paramétrico não reflecte a forma da associação, não se traduzindo esta por uma associação linear (como na correlação de Pearson) mas como uma associação de carácter mais geral (Aguiar, 2007; Maroco e Bispo, 2005).

Num estudo realizado por Cho, Park e Chung (2011), na Coreia do Sul, mudar de posição foi a intervenção de enfermagem mais popular referida no que diz respeito à prevenção de Úlceras de Pressão.

No entanto, num estudo comparativo entre Alemanha e Holanda, os autores chegam à conclusão que em nenhum dos países a prevenção de Úlceras de Pressão é a adequada, especialmente no que concerne ao reposicionamento correcto e à intervenção nutricional (Tannen, Dassen, Halfens, 2008).

Kottner, Tannen e Dassen, em 2009, afirmam que quando os pacientes se encontram com mobilidade restringida 2 enfermeiras são recomendadas para providenciar assistência no reposicionamento dos utentes, para desta forma evitar fricção e cisalhamento. Baumgarten *et al* (2006) refere que a incidência de Úlceras de Pressão poderá estar relacionada com a dificuldade do utente em se virar na cama, num estudo realizado com 3233 utentes internados no mínimo de 3 dias num Serviço de Urgência dos EUA.

Moore, Cowman e Conroy (2008) aconselham que os utentes sejam reposicionados no período nocturno de 3 em 3 horas, com elevação da cabeceira a 30°, afirmando que isto reduz a taxa de incidência de Úlceras de Pressão.

O posicionamento particular do calcâneo tem sido alvo de vários estudos, obtendo-se o consenso de que a sua total elevação (também designada como flutuação) é a medida que mais reduz as taxas de incidência de Úlceras de Pressão nesta localização clássica (Fowler, Scott-Williams e Macguire; Huber et al; 2008).

Já Defloor realizou em 2001 um ensaio clínico randomizado e controlado em *Nursing Homes* Belgas (num total de 838 utentes) que comparava diversas normas de actuação para redução da incidência de Úlceras de Pressão; a norma mais produtiva combinava o posicionamento dos utentes de 4 em 4 horas e em combinação com um colchão de redistribuição de pressão.

No sentido de tentar gerar algum consenso, refere-se seguidamente algumas das intervenções referidas nas *Guidelines* da EPUAP e NPUAP para a Prevenção de Úlceras de Pressão (2009) relacionadas com o Reposicionamento: deve considerar-se o reposicionamento em todos os indivíduos em risco; o uso do reposicionamento como uma estratégia de prevenção deve ter em conta a superfície de apoio em uso; a frequência do reposicionamento deve ter em conta não só variáveis dependentes do indivíduo mas também a superfície de apoio em uso; utilizar documentação relativa ao reposicionamento (guardar registo dos planos de reposicionamento, especificando a frequência e a posição adoptada e incluir uma avaliação da tolerância e resultado dos posicionamentos).

Basicamente, deve adoptar-se um esquema de reposicionamento, ou seja, uma Rotina de Posicionamento/Mobilização adaptada e personalizada a cada utente. Pode desta forma considerar-se então que o sistema adoptado na UPABE não será o mais personalizado, uma vez que praticamente todos os utentes cumprem o mesmo esquema de mobilização de 4 em 4 horas (95,5% dos 66 utentes com Úlcera de Pressão), sendo que apenas 3 casos não cumpriam este esquema porque eram autónomos na mobilização. Desta forma, e no sentido de se melhorar a prestação directa de cuidados a utentes com Úlceras de Pressão, urge a criação de um protocolo ou norma de serviço direccionada a esta temática, que considere as variações individuais (tolerância dos tecidos à pressão, número de úlceras de pressão, entre outros) e assegure a utilização de superfícies de redução ou redistribuição de pressão nos utentes com Úlceras de Pressão.

A última hipótese em análise afirma que “Existe uma relação entre o nível de dependência dos utentes da UPABE com Úlcera(s) de Pressão (Score do Índice de Barthel) e a Rotina de Posicionamento/mobilização, no primeiro semestre de 2012”. Uma vez mais, e

devido ao facto de todos os utentes se apresentarem como Dependentes, de acordo com o Índice de Barthel, não é sequer necessário realizar um teste de hipótese para se concluir que o nível de dependência e funcionalidade não poderá estar relacionado com a Rotina de Posicionamento/mobilização.

Neste caso, também o nível de dependência e funcionalidade de um utente deveria determinar especificidades no seu plano de tratamento/reabilitação. Assim sendo, esperar-se-ia na UPABE que a utilização de Medidas de Prevenção estivesse relacionada com o nível de dependência e funcionalidade dos utentes; no entanto, face ao facto de todos os utentes terem sido classificados como dependentes (Score de Barthel inferior a 60), não é possível estabelecer este tipo de associação. Constitui-se este facto como uma das limitações do presente estudo.

CAPÍTULO IV: FASE-PROJECTO

1 – FASE-PROJECTO

Esta “Fase-Projecto” surge na sequência da análise dos achados desta investigação, a partir dos quais se pode afirmar que na prevenção e no tratamento de Úlceras de Pressão na UPABE não existe um planeamento estruturado de acções. Não se pode no entanto atribuir a responsabilidade apenas ao profissional de enfermagem (tradicionalmente ligado à ferida e ao tratamento da mesma) uma vez que outros profissionais interagem com o utente e, em ambiente interdisciplinar, todos devem fornecer *inputs* para atingir um nível de cuidados com mais qualidade.

Desta forma, apresenta-se seguidamente um Protocolo/Norma de Actuação direccionado à Prevenção de Úlceras de Pressão a ao Planeamento de Cuidados ao utente com Úlcera(s) de Pressão.

1.1 – PROJECTO DE PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS AO UTENTE COM ÚLCERA(S) DE PRESSÃO

Designação do Projecto:

Projecto de Prevenção de Úlceras de Pressão e Planeamento de Cuidados ao utente com Úlcera(s) de Pressão

Entidade promotora:

Equipa Interdisciplinar da UPABE

Responsáveis pela execução:

- Responsável pelo Projecto – Enf^a Directora
- Coordenador do Projecto – a designar
- Grupo de profissionais facilitadores – Equipa interdisciplinar:
 - Enfermeiros;
 - Médicos;
 - Fisioterapeutas;
 - Terapeutas da Fala e Terapeutas Ocupacionais;
 - Dietista;

- Assistentes Sociais;
- Auxiliares de Acção Directa.

Implementação:

Equipa interdisciplinar da UPABE

Parceiros:

Família/ Cuidador informal

OBJECTIVOS:

Num projecto a definição de objectivos é fulcral, de forma a orientar as nossas intervenções. Assim definem-se como objectivos deste projecto:

- Prevenir a incidência de úlceras de pressão;
- Optimizar o planeamento de cuidados a utentes com Úlcera(s) de Pressão.

ESTRATÉGIAS E RECURSOS

As **estratégias e recursos** utilizados para atingir os objectivos definidos serão:

- Elaboração da norma relativa à Prevenção de Úlceras de Pressão a ao Planeamento de Cuidados ao utente com Úlcera(s) de Pressão;
- Intervenções formativas aos elementos da equipa interdisciplinar.

CAMPO DE APLICAÇÃO

- Todos os utentes da unidade devem ser sujeitos às medidas de prevenção;
- Todos os utentes com Úlcera(s) de Pressão devem ser sujeitos às Medidas de Planeamento de Cuidados a utentes com Úlcera(s) de Pressão.

DESCRIÇÃO:

Equipamento e material necessários:

- O essencial à prestação de cuidados de saúde ao utente com Úlcera(s) de Pressão, de acordo com as necessidades apresentadas pelo mesmo; por exemplo: almofadas para posicionamento, almofadas de poliuretano, colchões de pressão alterna, entre outros.

Organização do procedimento – Planeamento de Cuidados ao utente com Úlcera(s) de Pressão

- Colher e registar os dados globais, aquando da admissão da pessoa;
- Se o utente apresenta Úlcera de Pressão à data de entrada é de imediato sujeito às seguintes acções:
 - 1 – Avaliação da Escala de Braden e determinação do nível de risco;
 - 2 – Avaliação do Índice de Barthel e determinação do nível de dependência;
 - 3 – Colocação de colchão de pressão alterna no leito e verificação diária do seu correcto funcionamento e manutenção;
 - 4 – Referenciação imediata à dietista para avaliação do estado nutricional e eventual introdução de Suplemento Nutricional, salvo se contra-indicado;
 - 5 – Elaboração de um plano diário de posicionamentos (APÊNDICE IV), personalizado para o utente e de acordo com as suas necessidades, com especificação do número de mobilizações, dos decúbitos a evitar ou privilegiar e do plano de levante (quantos levantes por dia e qual a sua duração);
 - 6 – Aplicar sempre uma almofada no cadeirão ou cadeira de rodas para reduzir a pressão; se os pés do utente não atingirem o solo quando sentado deve aplicar-se uma base.

Organização do procedimento – Prevenção de Úlcera(s) de Pressão

- Colher e registar os dados globais, aquando da admissão da pessoa;
- Se o utente não apresenta Úlcera(s) de Pressão à data de entrada:
 - 1 – Avaliação da Escala de Braden e determinação do nível de risco;
 - 2 – Avaliação do Índice de Barthel e determinação do nível de dependência;
 - 3 – Colocação de colchão de pressão alterna no leito se o utente apresentar Score de Braden igual ou inferior a 16 em conjunto com um dos seguintes factores:
 - a) história de Úlcera de Pressão prévia;
 - b) diagnóstico de outras patologias cutâneas ou outro tipo de feridas;
 - c) baixo peso;
 - d) Score de Barthel inferior a 60.
 - 4 – Referenciação imediata à dietista para avaliação do estado nutricional;

5 – Elaboração de um plano diário de posicionamentos (APÊNDICE IV), personalizado para o utente e de acordo com as suas necessidades, com especificação do número de mobilizações, dos decúbitos a evitar ou privilegiar e do plano de levantar (quantos levantes por dia e qual a sua duração);

6 – Aplicar sempre uma almofada no cadeirão ou cadeira de rodas para reduzir a pressão; se os pés do utente não atingirem o solo quando sentado deve aplicar-se uma base.

- Se o utente desenvolver Úlcera de Pressão durante o Internamento deve iniciar as medidas de Planeamento de Cuidados ao utente com Úlcera(s) de Pressão.

Optimização do procedimento:

- Deve ser frequentemente auditado o cumprimento destas medidas pelos Enfermeiros responsáveis de cada Ala ou outro profissional a designar.

REGISTOS:

- Deverá existir em cada Ala uma folha de registo com os utentes que apresentam Úlcera de Pressão e as medidas implementadas pela Equipa.

DOCUMENTOS ASSOCIADOS:

- Folha de colheita de dados de enfermagem;
- Folha de registo de utentes com Úlcera(s) de Pressão e medidas implementadas (APÊNDICE V);
- Plano diário de posicionamentos/mobilizações (APÊNDICE IV).

INDICADORES:

- % utentes com elevado risco de desenvolver Úlcera de Pressão;
- % utentes dependentes;
- % utentes com colchão de pressão alterna;
- % utentes com baixo peso;
- Nº médio de levantes e média da duração dos mesmos;
- Nº médio de posicionamentos/mobilizações diários por utente e na globalidade;
- Entre outros.

CAPÍTULO V: CONCLUSÃO

1 – CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho considero ter alcançado claramente os objectivos a que me propus durante a sua realização.

Como dificuldades encontradas posso referir o facto de o estudo ter sido realizado apenas numa Unidade de Cuidados Continuados, a UPABE, o que não me permite de forma alguma generalizar resultados, já que a amostra é não probabilística por conveniência e de tamanho reduzido. No entanto, esta dificuldade constitui-se ao mesmo tempo como uma oportunidade de tentar melhorar a prática de cuidados no que se refere aos utentes com Úlcera(s) de Pressão nessa mesma Unidade, através da elaboração de um Protocolo/Norma de Actuação que vai ao encontro dos *handicaps* encontrados.

No que diz respeito ao Estudo da Incidência de Úlceras de Pressão, pode dizer-se que o valor da taxa de Incidência se encontra abaixo dos valores publicados pela RNCCI e outras entidades (noutros ambientes de cuidados), ocorrendo o aparecimento de Úlceras de Pressão em apenas duas das tipologias previstas na RNCCI, nomeadamente na Média Duração e Reabilitação e na Longa Duração e Manutenção.

Os utentes com AVC são, neste estudo, os que mais sofrem com o aparecimento deste fenómeno.

O enfermeiro surge como o profissional que mais detecta o aparecimento de Úlceras de Pressão; no entanto, existe uma falha da equipa em planear e personalizar os cuidados de prevenção, uma vez que os utentes são todos sujeitos à mesma Rotina de Posicionamento e mobilização e também se verificaram falhas no reconhecimento da necessidade de colocação de colchões de prevenção e na instituição de suplementação nutricional.

Apesar de se avaliarem regularmente as Escalas de Barthel e de Braden, estas comprovadamente não contribuem, neste ambiente de cuidados, para melhoria e personalização do cuidado ao utente, ou seja, a classe/grupo de risco a que o utente pertence não determina cuidados diferenciados.

Assim sendo, pode afirmar-se que existe ainda muito a fazer na UPABE para se obter um nível de prevenção de Úlceras de Pressão aceitável e congruente com o que é descrito na literatura. Existe a necessidade de encarar cada utente como um todo e identificar as suas necessidades particulares e individuais.

Relativamente ao Estudo da Prevalência de Úlceras de Pressão na UPABE, também aqui os valores encontrados se encontram abaixo do que está publicado pela RNCCI e outras

entidades (noutros ambientes de cuidados); no entanto, pode afirmar-se que em todas as Tipologias de cuidados previstas na RNCCI existe prevalência de Úlceras de Pressão. A tipologia que apresenta este fenómeno com maior expressão é a de Média Duração e Reabilitação, com cerca de 1/5 dos utentes a apresentar uma ou mais Úlceras de Pressão.

Uma vez mais se chegou à conclusão de que existem falhas graves no reconhecimento e identificação das necessidades individuais dos utentes com Úlceras de Pressão, nomeadamente o facto de existirem utentes com Úlceras de Pressão sem colchão de pressão alterna ou outro material de prevenção, bem como o facto de vários utentes com Úlceras de Pressão não ingerirem suplemento alimentar direccionado, apesar de isto reconhecidamente intensificar o processo de cicatrização das feridas em causa.

A Rotina de Posicionamento/Mobilização constitui-se novamente como mais um factor de despersonalização dos cuidados, uma vez que todos os utentes são sujeitos a uma periodicidade igual de posicionamento, independentemente do seu grau de risco de desenvolver novas Úlceras de Pressão (Escala de Braden), do seu nível de dependência/funcionalidade (Índice de Barthel) ou do número e gravidade das Úlceras de Pressão que apresentam.

A referir também o facto de as Úlceras de Pressão encontradas serem maioritariamente de categoria IV e se localizarem também em maior número na região sagrada. Desta forma, esperar-se-ia a utilização de almofadas de prevenção aquando os levantes dos utentes para cadeirão ou cadeira de rodas. No entanto, o único material de prevenção que foi referido pelos enfermeiros foi o colchão de pressão alterna. Assim sendo, carece-se deste tipo de almofadas ou então de formação direccionada aos profissionais para que as utilizem.

Finalmente, verificou-se com este estudo que os utentes com AVC estão mais susceptíveis, na UPABE, de desenvolver ou apresentar Úlcera(s) de Pressão, pelo que deverão ser alvo de atenção e cuidados particulares.

1.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações do estudo foi o facto de todos os utentes terem sido classificados como dependentes no instrumento por mim escolhido para avaliar a dependência e funcionalidade – Índice de Barthel – o que não me permitiu testar duas das hipóteses assumidas. Este índice foi escolhido porque é realizado por sistema/rotina na Instituição,

sendo algo a que os enfermeiros (que preencheram os Instrumentos de Colheita de Dados) estão já familiarizados; além disto, o seu uso é alargado nos diferentes *settings* de cuidados e foi já validado em variados estudos e amostras.

Ainda assim, se outro instrumento tivesse sido utilizado os resultados poderiam ser semelhantes, já que a dependência pode ser realmente uma característica da amostra uma vez que, como referido na Discussão, a população da RNCCI é tendencialmente dependente/incapaz.

Constitui-se também como uma limitação o facto de o estudo ter sido realizado apenas numa unidade e com uma amostra não probabilística por conveniência.

Também o facto de a constituição e implementação da RNCCI ainda estar a decorrer e ser relativamente recente, dificultou a construção de uma base teórica coerente que sustentasse de forma adequada o estudo, uma vez que a população da mesma não se encontra ainda demograficamente caracterizada e não existem ainda muitos estudos realizados.

1.2 – SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

Sugere-se a realização de outros estudos a nível da RNCCI, pela necessidade que a mesma assume na sociedade portuguesa contemporânea, e para verificar se esta atinge os objectivos planeados, nomeadamente no que se refere a fomentar a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades.

Esta proposta deve-se também ao facto de o presente estudo ter sido aplicado apenas numa Unidade de Cuidados Continuados e numa amostra relativamente reduzida face à panorâmica nacional e à população total da rede.

Salienta-se a necessidade dos estudos neste âmbito, quer para os profissionais de saúde, muito especialmente o profissional de enfermagem, quer para todos aqueles que afectam e são afectados por esta temática, visto que só conhecendo a real situação poderemos melhorar e adequar os cuidados de saúde à população.

Face ao que se apurou no desenvolvimento deste trabalho, poder-se-ia estudar variadas dimensões relacionadas com a Pessoa com Úlcera(s) de Pressão, nomeadamente o estudo do impacto deste tipo de feridas na qualidade de vida dos utentes, o estudo da dor e sofrimento associados a esta patologia, entre outros.

Noutra perspectiva, poder-se-ia também apurar quais as dificuldades sentidas pelos profissionais no cuidar de utentes com Úlcera(s) de Pressão, no sentido de se compreender o porquê de estas entidades se encontrarem ainda presentes em tantos *settings* de cuidados apesar de toda a formação e tecnologias de momento disponíveis para a sua prevenção.

Este trabalho contribuiu para o meu desenvolvimento, quer a nível pessoal, quer profissional, pois pude desenvolver e aprofundar competências a nível da estruturação e elaboração de um trabalho de investigação e pude observar como é necessário a fundamentação de uma prática de enfermagem devidamente fundamentada em evidência, estruturada e sujeita a avaliações constantes.

Para finalizar este trabalho, considero que a implementação da RNCCI, aliada ao desenvolvimento do potencial do enfermeiro integrado em equipas interdisciplinares e da sua aproximação à comunidade, representam um grande desafio para a prática de enfermagem e para a sociedade em geral, especialmente na melhoria e manutenção das capacidades dos utentes, promovendo a sua qualidade de vida e reabilitando-o para a sua integração e/ou reintegração social.

BIBLIOGRAFIA

Aguiar, Pedro (2007). *Qual o significado das medidas epidemiológicas taxa de prevalência, taxa de incidência cumulativa e taxa de incidência em unidades pessoa/tempo?* acessado em 01/02/2010, disponível em http://www.eurotrials.com/contents/files/Gauss_10.pdf

Aguiar, Pedro (2007). *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação epidemiológica: SPSS*. 1ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa. ISBN 978-972-796-281-5.

Allman RM. (1997). *Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact*. Clin Geriatr Med., Agosto (13). PubMed. PMID: 9227937.

Amir Y; Meijers J; Halfens R (2011). *Retrospective study of pressure ulcer prevalence in Dutch general hospitals since 2001*. J Wound Care, Janeiro (20). PubMed. PMID: 21278636.

Araújo F, Ribeiro J; Oliveira A; Pinto C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Qualidade de Vida, Julho/Dezembro (vol.25; nº2).

Asimus M.; Maclellan L.; Pi L. (2011). *Pressure ulcer prevention in Australia: the role of the nurse practitioner in changing practice and saving lives*. Int Wound J, Outubro (8). PubMed. PMID: 21827629.

Banks M, Bauer J, Graves N, Ash S. (2010). *Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities*. Nutrition, Setembro (26). PubMed. PMID: 20018434.

Baranosky, Sharon; Ayello, Elizabeth (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas*. Loures, Lusodidacta.

Barateau M, Bourdel-Marchasson I, Rondeau V, Dequae-Merchadou L, Salles-Montaudon N, Emeriau JP, Manciet G, Dartigues JF. (2000). *A multi-center trial of the effects of oral nutritional supplementation in critically ill older inpatients*. GAGE Group. Groupe Aquitain Geriatrique d'Evaluation. Nutrition, Janeiro (16). PubMed. PMID: 10674236.

Baumgarten M, Margolis DJ, Localio AR, Kagan SH, Lowe RA, Kinoshian B, Abbuhl SB, Kavesh W, Holmes JH, Ruffin A, Mehari T. (2008). *Extrinsic risk factors for pressure ulcers early in the hospital stay: a nested case-control study*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci., Abril (63). PubMed. PMID: 18426965.

Beeckman, D; Defloor, T; Schoonhoven L.; Vanderwee, K. (2011). *Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: a cross-sectional multicenter study in*

Belgian hospitals. Worldviews Evidence Based Nursing, Setembro (8). PubMed. PMID: 21401859.

Bergquist-Berenger, S; Daley, CM. (2011). *Adapting pressure ulcer prevention for use in home health care. J Wound Ostomy Continence Nurs*, Março-Abril (38). PubMed. PMID: 21326116.

Bergstrom N; Braden B; Kemp M; Champagne M; Ruby E (1996). *Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic characteristics, diagnoses, and prescription of preventive interventions. J Am Geriatric Soc*, Janeiro (44). PubMed. PMID: 8537586.

Boschi F, Aquilani R, Contardi A, Pistarini C, Achilli MP, Fizzotti G, Moroni S, Catapano M, Verri M, Pastoris O. (2001). *Energy expenditure and nutritional adequacy of rehabilitation paraplegics with asymptomatic bacteriuria and pressure sores. Spinal Cord*, Agosto (39). PubMed. PMID: 11512074.

Bourdel-Marchasson I. (2000). *Nutritional supplementation in elderly people during the course of catabolic illnesses. J Nutr Health Aging*.(4). PubMed. PMID: 10828938.

Brandeis GH, Ooi WL, Hossain M, Morris JN, Lipsitz LA.(1994). *A longitudinal study of risk factors associated with the formation of pressure ulcers in nursing homes. J Am Geriatr Soc.*, Abril (42). PubMed. PMID: 8144823.

Brewer S, Desneves K, Pearce L, Mills K, Dunn L, Brown D, Crowe T. (2010). *Effect of an arginine-containing nutritional supplement on pressure ulcer healing in community spinal patients. J Wound Care*, Julho (19). PubMed. PMID: 20616774.

Brienza D, Kelsey S, Karg P, Allegritti A, Olson M, Schmeler M, Zanca J, Geyer MJ, Kusturiss M, Holm M. (2010). *A randomized clinical trial on preventing pressure ulcers with wheelchair seat cushions. J Am Geriatr Soc.*, Dezembro (58). PubMed. PMID: 21070197.

Campbell KE, Woodbury MG, Houghton PE. (2010). *Implementation of best practice in the prevention of heel pressure ulcers in the acute orthopedic population. Int Wound J*, Fevereiro (7). PubMed. PMID: 20409248.

Campbell KE; Woodbury G; Labate T; LeMesurier A; Houghton PE (2010). *Heel ulcer incidence following orthopedic surgery: a prospective, observational study. Ostomy Wound Manage*, Agosto (56). PubMed. PMID: 20729561.

Capon A; Pavoni N; Mastromattei A; Di Lallo D (2007). *Pressure ulcer risk in long-term units: prevalence and associated factors*. J Adv Nurs, Maio (58). PubMed. PMID: 17474915.

Casimiro C; Garcia-de-Lorenzo A; Usan L (2002). *Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish erderly populacion*. Nutrition, Maio (18). PubMed. PMID: 11985946.

Cho I; Park HA; Chung E (2011). *Exploring practice variation in preventive pressure-ulcer care using data from a clinical data repository*. Int J Med Inform, Janeiro (80). PubMed. PMID: 21130682.

Collins F, Hampton S. (2000). *Use of Pressurease and Airform mattresses in pressure ulcer care*. Br J Nurs., Outubro-Novembro (19). PubMed. PMID: 11868189.

Connor T, Sledge JA, Bryant-Wiersema L, Stamm L, Potter P. (2010). *Identification of pre-operative and intra-operative variables predictive of pressure ulcer development in patients undergoing urologic surgical procedures*. Urol Nurs., Setembro-Outubro (30). PubMed. PMID: 21067094.

Cowman S.; Gothin G.; Clarke E.; Moore Z.; Craig G.; Jordan-O'Brien, J. et al. (2012). *An international eDelphi study identifying the research and education priorities in wound management and tissue repair*. J Clin Nurs, Fevereiro (21). PubMed. PMID: 22151150.

Cullum N, Nelson EA, Flemming K, Sheldon T. (2001). *Systematic reviews of wound care management: (5) beds; (6) compression; (7) laser therapy, therapeutic ultrasound, electrotherapy and electromagnetic therapy*. Health Technol Assess.(5). PubMed. PMID: 11368833.

Daniel-Wichern S; Dudel H; Halfens RJ; Wilborn D (2009). *Transfer of theory into practice in geriatric care: relation between pressure ulcer prevalence and guideline implementation*. Pflege Z, Outubro (62). PubMed. PMID: 19833033.

De Laat EH; Pickkers P; Schoonhoven L; Verbeel AL; Feuth T; van Achlerberg T (2007). *Guideline implementation results in a decrease of pressure ulcer incidence in critically ill patients*. Crit Care Med, Março (35). PubMed. PMID: 17255865.

Dealey, Carol (2006). *Tratamento de Feridas: Guia para os enfermeiros*. Lisboa, Climepsi editores, São Paulo.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho – DIÁRIO DA REPÚBLICA I – A. Nº109 (06-06-06), p. 3856-3865.

Delmore B, Lebovits S.; Baldock P.; Suggs B.; Ayello, EA. (2011). *Pressure ulcer prevention program: a journey*. J Wound Ostomy Continence Nurs, Setembro-Outubro (38). PubMed. PMID: 21860330.

Demarré L.; Vanderwee K.; Defloor T.; Verheeghe S.; Schoonhoven L.; Beeckman D. (2011). *Pressure ulcers: Knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes*. J Clin Nurs, Maio (21). PubMed. PMID: 22039896.

Desneves KJ, Todorovic BE, Cassar A, Crowe TC. (2005). *Treatment with supplementary arginine, vitamin C and zinc in patients with pressure ulcers: a randomised controlled trial*. Clin Nutr., Dezembro (24). PubMed. PMID: 16297506.

Donini LM, De Felice MR, Tagliaccica A, De Bernardini L, Cannella C. (2005). *Nutritional status and evolution of pressure sores in geriatric patients*. J Nutr Health Aging, Novembro-Dezembro (9). PubMed. PMID: 16395517.

Donnelly J, Winder J, Kernohan WG, Stevenson M. (2011). *An RCT to determine the effect of a heel elevation device in pressure ulcer prevention post-hip fracture*. J Wound Care, Julho (20). PubMed. PMID: 21841719.

Duque et al . (2009). *Manual de Boas práticas: úlceras de pressão – uma abordagem de boas práticas*. Coimbra, Formasau.

Edlich RF, Winters KL, Woodard CR, Buschbacher RM, Long WB, Gebhart JH, Ma EK. (2004). *Pressure ulcer prevention*. J Long Term Eff Med Implants (14). PubMed. PMID: 15447627.

El Eingin NY; Zaghoul, AA (2011). *Nurses' knowledge of prevention and management of pressure ulcer at a health insurance hospital in Alexandria*. Int J Nurs Pract, Junho (17). PubMed. PMID: 21605266.

Elliott J (2010). *Strategies to improve the prevention of pressure ulcers*. Nurs Older People, Novembro (22). PubMed. PMID: 21140884.

EPUAP [SD] (2009). *Pressure Ulcer Prevention guidelines*. Acedido em 01/02/2012, disponível em www.epuap.org/glp/pressure.html

EPUAP [SD] (2009). *Pressure Ulcer Treatment guidelines*. Acedido em 01/02/2012, disponível em www.epuap.org/glt/treatment.html

Falcão, Cristiana Pereira (Setembro de 2001). Separata Científica do HSO. Guimarães: Hospital da Senhora da Oliveira. Nº3. *Úlceras de Pressão: Uniformidade de Cuidados – Uma Prioridade*

Fernandez, F. *et al.* (2005). *Guia para el cuidado del paciente com úlceras por presion o con riesgo de desarrollarlas*. Acedido em 1/02/2012, disponível em www.gneaupp.or

Fogerty MD, Abumrad NN, Nanney L, Arbogast PG, Poulouse B, Barbul A. (2008). *Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals*. Wound Repair Regen., Janeiro-Fevereiro (16). PubMed. PMID: 18211574.

Fontaine J, Raynaud-Simon A. (2008). *Pressure sores in geriatric medicine: the role of nutrition*. Presse Med., Julho-Agosto (37). PubMed. PMID: 18313887.

Fowler E, Scott-Williams S, McGuire JB. (2008). *Practice recommendations for preventing heel pressure ulcers*. Ostomy Wound Manage, Outubro (54). PubMed. PMID: 18927483.

Furtado, *et al.* (2001). *Prevenção e tratamento de úlceras*. Coimbra, Edições Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Furtado, Kátia (2003). *Úlceras de Perna – Tratamento baseado na evidência*. Nursing, Lisboa, (nº176).

Galvin J (2002). *An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting*. Int J Palliat Nurs, Maio (8). PubMed. PMID: 15271116.

García Duque S, Pérez Segura G, Sanavia Morán E, de Juanes Pardo JR, Arrazola Martínez MP, Resines Erasan C. (2008). *Nutritional control in orthopedic surgery patients*. Nutr Hosp., Setembro-Outubro (23). PubMed. PMID: 19160900.

Gunnarsson AK, Lönn K, Gunningberg L. (2009). *Does nutritional intervention for patients with hip fractures reduce postoperative complications and improve rehabilitation?* J Clin Nurs., Maio (18). PubMed. PMID: 19207806.

Gunningberg, L; Stotts, NA; Idvall,E (2011). *Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: a cross-sectional data as the foundation for future quality improvement*. Int Wound Journal, Outubro (8). PubMed. PMID: 21722316.

Hampton S, Collins F. (2005). *Reducing pressure ulcer incidence in a long-term setting*. Br J Nurs., Agosto-Setembro (14). PubMed. PMID: 16144070.

Hoppe C; Kottner J; Dassen T; Lahmann N (2009). *Pressure ulcer risk and pressure ulcer prevalence in German Hospitals and Nursing Homes*. Pflege Z, Julho (62). PubMed. PMID: 19634526.

Horn SD; Sharkey SS; Hudak S; Gassaway J; James R; Spector W (2010). *Pressure ulcer prevention in long term facilities: a pilot study implementing standardized nurse aide*

documentation and feedback reports. Adv Skin Wound Care, Março (23). PubMed. PMID: 20177165.

Howe L. *Education and empowerment of the nursing assistant: validating their importance role in skin care and pressure ulcer prevention, and demonstrating productivity enhancement and cost savings. Adv Skin Wound Care, Junho (21). PubMed. PMID: 18525251.*

Huber J, Reddy R, Pitham T, Huber D. (2008). *Increasing heel skin perfusion by elevation. Adv Skin Wound Care, Janeiro(21). PubMed. PMID: 18156828.*

Iizaka S, Okuwa M, Sugama J, Sanada H (2010). *The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. Clin Nutr. , Fevereiro (29). PubMed. PMID: 19564062.*

Iizaka S, Sanada H, Nakagami G, Sekine R, Koyanagi H, Konya C, Sugama J. (2010). *Estimation of protein loss from wound fluid in older patients with severe pressure ulcers. Nutrition, Setembro (26). PubMed. PMID: 20022467.*

Ilesanmi RE.; Ofi, BA; Adejumo, PO. (2012). *Nurses Knowledge of pressure ulcer prevention in ogun state, Nigeria: results of a pilot survey. Ostomy Wound Manage, Fevereiro (58). PubMed. PMID: 22316630.*

Iranmanesh, S; Rafiel, H; Foroogh, Ameri G. (2011). *Critical care nurses' Knowledge about pressure ulcer in southeast of Iran. Int Wound Journal, Outubro (8). PubMed. PMID: 21722315.*

Jankowski, IM; Nadzam, DM (2011). *Identifying gaps, barriers, and solutions in implementing pressure ulcer prevention programs. J Qual Patient Saf, Junho (37). PubMed. PMID: 21706985.*

Johnson J, Peterson D, Campbell B, Richardson R, Rutledge D. (2011). *Hospital-acquired pressure ulcer prevalence-evaluating low-air-loss beds. J Wound Ostomy Continence Nurs., Janeiro-Fevereiro (38). PubMed. PMID: 21233664.*

Jorge, Sílvia A.; Dantas, Sónia Regina P. E. (2003). *Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Editora Atheneu.*

Kallman U; Suserud BO (2009). *Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. Scand J Caring Sci, Junho (23). PubMed. PMID: 19645807.*

Keen DC. (2009). *Should care homes adopt a static-led approach to pressure ulcer prevention? Br J Nurs., Novembro (18). PubMed. PMID: 20081672.*

Khoulouwa J. (2001). *Esprit HR mattress cover in pressure ulcer prevention*. Br J Nurs., Setembro (13). PubMed. PMID: 11907458.

Kottner J; Dassen T; Heinze C (2011). *Funnel plots for comparing pressure ulcer fall rates in 76 nursing homes*. Gesundheitswesen, Junho (73). PubMed. PMID: 20544589.

Kottner J; Tannen A; Dassen T (2009). *Hospital pressure ulcer prevalence rates and number of raters*. J Clin Nurs, Junho (18). PubMed. PMID: 19220611.

Kwong EW, Pang SM, Aboo GH, Law SS. (2009). *Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors*. J Adv Nurs., Dezembro (65). PubMed. PMID: 19824910.

Kwong EW.; Lau AT.; Lee RL.; Kwan RY. (2011). *A pressure ulcer prevention programme specially designed for nursing homes: does it work?*. J Clin Nurs, Outubro (20). PubMed. PMID: 21854474.

Lahmann NA; Halfens RJ; Dassen T (2006). *Pressure ulcers in German nursing homes and acute care hospitals: prevalence, frequency, and ulcer characteristics*. Ostomy Wound Manage, Fevereiro (52). PubMed. PMID: 16464992.

Lahmann NA; Tannen A; Dassen T; Kottner J (2011). *Friction and shear highly associated with pressure ulcers of residents in long term care – Classification Tree Analysis (CHAID) of Braden itens*. J Eval Clin Pract, Fevereiro (17). PubMed. PMID: 29831665.

Lahmann, NA; Kottner, J; Dassen, T; Tannen, A. (2012). *Higher pressure ulcer risk on intensive care? – comparison between general wards and intensive care units*. J Clin Nurs, Fevereiro (21). PubMed. PMID: 21385258.

Large J. (2011). *A cost-effective pressure damage prevention strategy*. Br J Nurs., Março-Abril (14). PubMed. PMID: 21471901.

Lewla B, Langkamp-Henken B, Herrlinger-Garcia KA, Stechmiller JK, Nickerson-Troy JA, Moffatt L. (2000). *Arginine supplementation is well tolerated but does not enhance mitogen-induced lymphocyte proliferation in elderly nursing home residents with pressure ulcers*. JPEN J Parenter Enteral Nutr., Setembro-Outubro (24). PubMed. PMID: 11011783.

Lindgren M, Unosson M, Fredrikson M, Ek AC. (2004). *Immobility--a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study*. Scand J Caring Sci., Março (18). PubMed. PMID: 15005664.

Lindquist LA, Feinglass J, Martin GJ. (2003). *How sedative medication in older people affects patient risk factors for developing pressureulcers*. J Wound Care., Julho (12). PubMed. PMID: 12894699.

LoBiondo-Wood, Geri; Haber, Judith (2001). *Pesquisa em Enfermagem*. 4ª Edição, Guanabara Koogan Editora. Rio de Janeiro. ISBN 85-277-0659-8.

Lyman V (2009). *Successful heel pressure ulcer prevention program in a long-term care setting*. J Wound Ostomy Continence Nurs, Novembro-Dezembro (36). PubMed. PMID: 19920743.

Mackey D. (2005). *Support surfaces: beds, mattresses, overlays-oh my!* Nurs Clin North Am., Junho (40). PubMed. PMID: 15924893.

Magnan MA; Maklebust J (2009). *Braden scale risk assessments and pressure ulcer prevention planning: what's the connection?* J Wound Ostomy Continence Nurs, Novembro-Dezembro (36). PubMed. PMID: 19920743.

Manzano F; Navarro MJ; Roldan D; Moral MA; Leyva I; Guerrero C; Sanchez MA; Colmenero M; Fernandez-Mondelar E (2010). *Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients*. J Crit Care, Setembro (25). PubMed. PMID: 19879730.

Maroco, João; Bispo, Regina (2005). *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. 2ª Edição, Climepsi Editores. Lisboa. ISBN: 972-796-198-3.

McInnes E, Bell-Syer SE, Dumville JC, Legood R, Cullum NA. (2008). *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. Cochrane Database Syst Rev, Outubro (8). PubMed. PMID: 18843621.

Meesterberends E; Halfens R; Lohrmann C; de Wui R (2010). *Pressure ulcer guideline development and dissemination in Europe*. Clin Nurs, Junho (19). PubMed. PMID: 20579194.

Meinnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE, Dumville JC, Cullum N. (2011). *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. Cochrane Database Syst Rev, Abril (13). PubMed. PMID: 21491384.

Mistiaen P; Achlerberg W; Ament A; Halfens R; Huizinga J; Montgomery K; Post H; Spreeuwenberg P; Francke AL (2010). *The effectiveness of the Australian Medical Sheepskin for the prevention of pressure ulcers in somatic nursing home patients: a prospective multicenter randomized-controlled trial*. Wound Repair Regen, Novembro-Dezembro (18). PubMed. PMID: 20946141.

Moore Z, Cowman S, Conroy RM. (2011). *A randomised controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers*. J Clin Nurs., Setembro (20). PubMed. PMID: 21702861.

Moore Z.; Cowman S. (2012). *Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland*. J Clin Nurs, Fevereiro (21). PubMed. PMID: 21733017.

Moore ZE; Cowman S (2008). *Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers*. Cochrane Database, Julho (16). PubMed. PMID: 18646157.

Morison, Moya (2004). *Prevenção e tratamento de úlceras de pressão*. Loures, Lusociência- Edições Técnicas e científicas, Lda.

Naccarato MK, Kelegi T (2011). *Pressure Ulcer prevention in emergency department*. Adv Emerg Nurs J , Abril-Junho (33). PubMed. PMID: 21543911.

National Pressure Ulcer Advisory Panel (2001). *Pressure Ulcer Prevention. A competency- based curriculum*. Washington. Acedido em 1/02/2012, disponível www.npuap.org/PDF/prevcurr.pdf

National Pressure Ulcer Advisory Panel (2001). *Pressure Ulcer Treatment: A competency- based curriculum*. 2001. Washington. Acedido em 1/02/2012, disponível em www.npuap.org/PDF/Treatment_curriculum.pdf.

Newton H, Cameron J. (2003). *Skin Care in Wound Management.a clinical education in wound management booklet*. Holsworthy: Medical Communications UK Ltd.

Ohura T, Nakajo T, Okada S, Omura K, Adachi K. (2011). *Evaluation of effects of nutrition intervention on healing of pressure ulcers and nutritional states (randomized controlled trial)*. Wound Repair Regen, Maio-Junho (19). PubMed. PMID: 21539650.

Pancorbo-Hidalgo PL; Garcia-Fernandez FP; Lopez-Medina IM; Alvarez-Nielo C (2006). *Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a sistematic review*. J Adv Nurs, Abril (54). PubMed. PMID: 16553695.

Paquay L; Verstraete S; Wouters R; Buntinx F; Vanderwee K, Defloor T; Van Gansbeke H (2010). *Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in homecare: a pretest-post-test study*. J Clin Nurs, Julho (19). PubMed. PMID: 20920008.

Paquay L; Wouters R; Defloor T; Buntinx F; Debaille R; Geys L (2008). *Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice*. J Clin Nurs, Março (17). PubMed. PMID: 18279295.

Pardo Cabello AJ, Bermudo Conde S, Manzano Gamero MV. (2011). *Prevalence and factors associated to malnutrition in patients admitted to a medium-long stay hospital*. Nutr Hosp., Março-Abril (26). PubMed. PMID: 21666976.

Portal da Saúde. (2008). *Cuidados Continuados*. Acedido em 1/02/2012, disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm>

Primiano M; Friend M; McClure C; Nardi S; Fix L; Schaefer M; Savochka K; Mcnell M (2011). *Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures*. AORN J, Dezembro (94). PubMed. PMID: 22118201.

Raffoul W, Far MS, Cayeux MC, Berger MM. (2006). *Nutritional status and food intake in nine patients with chronic low-limb ulcers and pressureulcers: importance of oral supplements*. Nutrition, Janeiro (22). PubMed. PMID: 16455446.

Reed RL, Hepburn K, Adelson R, Center B, McKnight P. (2003). *Low serum albumin levels, confusion, and fecal incontinence: are these risk factors for pressureulcers in mobility-impaired hospitalized adults?* Gerontology, Julho-Agosto (49). PubMed. PMID: 12792162.

Ribeiro, António. (2008). *Úlceras de Pressão: Revisão de Conceitos*. Acedido em 1/02/2012, disponível em <http://arfr.no.sapo.pt>

Rich SE, Shardell M, Hawkes WG, Margolis DJ, Amr S, Miller R, Baumgarten M. (2011). *Pressure-redistributing support surface use and pressure ulcer incidence in elderly hip fracture patients*. J Am Geriatr Soc., Junho (59). PubMed. PMID: 21649630.

Rich SE; Margolis D; Shaedell M; Hawkes WG, Miller RR, Arm S; Baumgarten M (2011). *Frequent manual repositioning and incidence of pressure ulcers among bed-bound elderly hip fracture patients*. Wound Repair Regen, Janeiro-Fevereiro (19). PubMed. PMID: 21134034.

RNCCI. (2010). *Gestcare CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI*. Acedido em 14/06/2012, disponível em <http://umcciweb-rncci.min-saude.pt/index.php?module=Contratos&action=DetailView&record>

Romanelli, Marco; Flanagan, Madeleine. (2005). *Preparação do leito da ferida nas úlceras de pressão*. Acedido em 1/02/2012, disponível em www.ewma.org.

Sae-Sia W, Wipke-Tevis DD, Williams DA. (2005). *Elevated sacral skin temperature (T(s)): a risk factor for pressure ulcer development in hospitalized neurologically impaired Thai patients*. Appl Nurs Res., Fevereiro (18). PubMed. PMID: 15812733.

Santos *et al.* (2001). *Prevenção e tratamento de úlceras*. Coimbra, Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Schmidt T. (2002). *Pressure ulcers. Nutrition strategies that make a difference*. Caring, Junho (21). PubMed. PMID: 12066359.

Seeley, Rod R.; Stephens, Trent D.; Tate, Philip (1997). *Anatomia e Fisiologia*. 3ª edição. Lisboa: Lusodidacta.

Sendelbach S; Zinc M; Peterson J (2011). *Decreasing pressure ulcers across a healthcare system: moving beneath the tip of the iceberg*. J Nurs Adm, Fevereiro (41). PubMed. PMID: 21266887.

Shahin ES, Meijers JM, Schols JM, Tannen A, Halfens RJ, Dassen T. (2010). *The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes*. Nutrition, Setembro (26). PubMed. PMID: 20444575.

Shahin ES; Dassen T; Halfens RJ (2008). *Pressure ulcer prevalence in intensive care patients: a cross sectional study*. J Eval Clin Pract, Agosto (14). PubMed. PMID: 18462282.

Shahin ES; Dassen T; Halfens RJ (2009). *Incidence, prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: a longitudinal study*. Int J Nurs Stud, Abril (46). PubMed. PMID: 18394626.

Sibbald, G.; Campbell, K.; Coutts, P.; Queens, D. (2003). *Ostomy Wound Management*, Vol. 49, nº 6, Junho. Intact Skin – an integrity not to be Lost.

Slowikowski GC, Funk M. (2010). *Factors associated with pressure ulcers in patients in a surgical intensive care unit*. J Wound Ostomy Continence Nurs., Novembro-Dezembro (37). PubMed. PMID: 21076261.

Sobotka L, van Anholt RD, Meijer EP, Heyman H, Groen HW, Topinková E, van Leen M, Schols JM. (2010). *Specific nutritional support accelerates pressure ulcer healing and reduces wound care intensity in non-malnourished patients*. Nutrition, Setembro (26). PubMed. PMID: 20598855.

Sparks SM. (1993) *Clinical validation of pressure ulcer risk factors*. Ostomy Wound Manage., Maio (39). PubMed. PMID: 8363717.

Sprakes K; Tyrer J (2010). *Improving Wound and pressure area care in a nursing home*. Nurs Stand., Novembro (10). PubMed. PMID: 21155487.

Stephen-Haynes J. (2009). *ROHO Dry floatation technology: implications for clinical practice*. Br J Community Nurs, Setembro (14). PubMed. PMID: 19749668.

Sterner E; Lindholm C; Berg, E; Stark A; Fossum B (2011). *Category I pressure ulcers: how reliable is clinical assessment?* Orthop Nurs, Maio-Junho (30). PubMed. PMID: 21597349.

Strand T; Lindgren M (2010). *Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: a descriptive cross-sectional study.* Intensive Crit Care Nurs, Dezembro (26). PubMed. PMID: 20870408.

Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, Elia M. (2005). *Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis.* Ageing Res Rev, Agosto (4). PubMed. PMID: 16031325.

Sving, E; Gunningberg L.; Hogman M.; Mamhidir, AG. (2012). *Registered Nurses' attention to and perceptions of pressure ulcer prevention in hospital settings.* J Clin Nurs, Maio (21). PubMed. PMID: 22429848.

Tannen A; Dassen T; Halfens R (2008). *Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany – associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes.* J clin Nurs, Maio (17). PubMed. PMID: 18416793.

Terekeci H, Kucukardali Y, Top C, Onem Y, Celik S, Oktenli C. (2009) *Risk assessment study of the pressure ulcers in intensive care unit patients.* Eur J Intern Med., Julho (20). PubMed. PMID: 19524181.

UMCCI (A) (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).* Acedido em 1/02/2012, disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf

UMCCI (B) (2009). *Política e Estratégia da Qualidade dos Cuidados Continuados.* Acedido em 1/02/2012, disponível em http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar2009.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2008). *Importância da Avaliação Nutricional em Cuidados Continuados.* Março. Consultado a 12/03/2012 e disponível em www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/iancc.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Ofício Circular nº 172 – Referenciação de utentes com Úlcera de Pressão.* Julho. Consultado a 12/03/2012 e disponível em www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Referenciaçãoutentesulcerasdepressão.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Perfil de Cuidados Continuados – Resultados finais*. Junho. Consultado a 12/03/2012 e disponível em www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/2011_06_14_resultadosfinais.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Newsletter RNCCI*. Dezembro. Consultado a 12/03/2012 e disponível em www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/newsletter_umcci_n1_2011.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Relatório Intercalar de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Julho. Consultado a 12/03/2012 e disponível em www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_monitorização_1sem_2011.pdf.

Uzun O; Tan M (2007). *A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey*. *Ostomy Wound Manage*, Fevereiro (53). PubMed. PMID: 17293629.

Van Herck P; Sermeus W; Jylha V; Michiels D; Van den Heede K (2009). *Using hospital administrative data to evaluate knowledge to action gap in pressure ulcer preventive care*. *J Eval Clin Pract*, Abril (15). PubMed. PMID: 19335500.

Vanderwee K; Grypdonck M; Defloor T (2007). *Non-blanchable erythema as an indicator for the need for pressure ulcer prevention: a randomized-controlled trial*. *J Clin Nurs*, Fevereiro (16). PubMed. PMID: 17239068.

Vanderwee, K; Defloor T; Beeckman D; Demarré L; Verhaeghe S; Van Durme T; Gobert M (2011). *Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey*. *BMJ Qual Saf*, Março (20). PubMed. PMID: 21209147.

VanGilder C, MacFarlane G, Meyer S, Lachenbruch C.(2009). *Body mass index, weight, and pressure ulcer prevalence: an analysis of the 2006-2007 International Pressure Ulcer Prevalence Surveys*. *J Nurs Care Qual.*, Abril-Junho (24). PubMed. PMID: 19287251.

Ward C. (2010). *The value of systematic evaluation in determining the effectiveness and practical utility of a pressure-redistributing support surface*. *J Tissue Viability.*, Fevereiro (19). PubMed. PMID: 20106565.

Whitehead SJ, Trueman P. (2010). *To what extent can pressure relieving surfaces help reduce the costs of pressure ulcers?* *Nurs Times*, Agosto (3). PubMed. PMID: 20836473.

Xakellis GC Jr; Frantz RA; Lewis A; Harvey P (1998). *Cost effectiveness of an intensive pressure ulcer prevention protocol in long-term care*. Adv Wound Care, Janeiro-Fevereiro (11). PubMed. PMID: 9729930.

Yamamoto-Milani N; Katekura N; Fujita J; Shinohara Y; Sonoda Y; Hayashi K (2011). *Evaluating pressure ulcer care by home healthcare nurses*. Int J Older People Nurs, Setembro (6). PubMed. PMID: 21631872.

Yatabe J, Saito F, Ishida I, Sato A, Hoshi M, Suzuki K, Kameda T, Ueno S, Yatabe MS, Watanabe T, Sanada H. (2011). *Lower plasma arginine in enteral tube-fed patients with pressure ulcer and improved pressure ulcer healing after arginine supplementation by Arginaid Water*. J Nutr Health Aging., Abril (15). PubMed. PMID: 21437560.

Young J, Nikolett S, McCaul K, Twigg D, Morey P. (2000) *Risk factors associated with pressure ulcer development at a major western Australian teaching hospital from 1998 to 2000: secondary data analysis*. PubMed. PMID: 12510469.

Yousefi R.; Osladabbas S.; Faezlpour M.; Farshbaf M.; Nourani M.; Tamil L.; Pompeo M. (2011). *Bed posture classification for pressure ulcer prevention*. Conf Proc IEEE, Eng Med Biol Soc, 2011. PubMed. PMID: 22255993.

APÊNDICES

APÊNDICE I – ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – Mês de _____

ALA: _____

A prevalência é representada pelo número de utentes que apresentam Úlcera de Pressão num determinado momento do tempo. Este registo deverá ser realizado no dia 15 do corrente mês durante o turno da manhã.

Nº Proc.	Idade do utente	Género do utente	Tipologia de Internamento	Diagnóstico principal	Score de Braden	Score de Barthel	Dieta Prescrita	Suplementação Nutricional Adicional	Peso/Altura	Material de prevenção	Rotina de Posicionamento/ Mobilização	Categoria e Localização da(s) UP(s) (Ligar com uma seta)
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcaneo IV - Outra
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcaneo IV - Outra
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcaneo IV - Outra
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcaneo IV - Outra

APÊNDICE II – ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO – Mês de _____

ALA: _____

A incidência é representada pelo número de utentes que desenvolveram Úlcera de Pressão durante o corrente mês. Assim que a UP seja detectada, deverá ser realizado este registo.

Nº Proc.	Idade do utente	Género do utente	Tipologia de Internamento	Diagnóstico principal	UP detectada por:	Score de Braden	Score de Barthel	Dieta Prescrita	Suplementação Nutricional Adicional	Peso/Altura	Material de prevenção	Rotina de Posicionamento/Mobilização	Categoria e Localização da(s) UP(s) (Ligar com uma seta)
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		Enf. () AAD () FT () TO () Outro: _____	____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcâneo IV - Outra
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		Enf. () AAD () FT () TO () Outro: _____	____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcâneo IV - Outra
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		Enf. () AAD () FT () TO () Outro: _____	____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcâneo IV - Outra
		Masc () Fem. ()	Conv. () LD () MD () Paliat. ()		Enf. () AAD () FT () TO () Outro: _____	____/23	____/100		Cubitan () Forticreme () Fortimel () Diasip () Fantomalt () Protifar () Outro: _____	Peso: _____ Altura: _____	Colchão PA () Colchão de Gel () Almofada de Gel () Lã de Carneiro () Calcanheiras () Outro: _____	2/2h () 3/3h () 4/4h () Outra: _____	I - Sagrada II - Trocanter III - Calcâneo IV - Outra

PLANO DIÁRIO DE POSICIONAMENTOS E MOBILIZAÇÕES

NOME UTENTE: _____

CAMA Nº: _____

O UTENTE APRESENTA ÚLCERAS DE PRESSÃO?

SIM () NÃO ()

POSICIONAMENTOS A EVITAR:

DECÚBITO DORSAL ()

DECÚBITO LATERAL DIREITO ()

DECÚBITO LATERAL ESQUERDO ()

OUTRO: _____

HORÁRIO DE POSICIONAMENTO E MOBILIZAÇÃO:

STANDART (6H; 10H; 14H; 18H; 21H; 1H) ()

STANDART + POSICIONAMENTOS EXTRA ÀS _____ H E _____ H ()

TIPOLOGIA DE LEVANTE:

DIÁRIO () INICIA ÀS _____ HORAS E SUSPENDE ÀS _____ HORAS

BI-DIÁRIO () INICIA ÀS _____ HORAS E SUSPENDE ÀS _____ HORAS

ASSINATURA ENFº QUE REALIZA: _____

DATA DE REALIZAÇÃO ____/____/____

APÊNDICE IV – FOLHA DE REGISTO DE UTENTES COM ÚLCERA(S) DE PRESSÃO E MEDIDAS IMPLEMENTADAS

Folha de registo com os utentes que apresentam Úlcera de Pressão e as medidas implementadas pela Equipa

ALA : _____

Nome utente	Nº cama	Localização das úlceras	Material de prevenção

APENDICE V - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

<p style="text-align: center;">Sistema de Classificação de Úlceras de Pressão</p> <p style="text-align: center;">(Adaptado de EPUAP/NPUAP, 2009)</p>	
Grau/ Categoria	Características
I	<p>Eritema não branqueável</p> <p><i>Pele intacta com vermelhidão/eritema não branqueável de uma área localizada usualmente sobre uma proeminência óssea. Na pele mais escura, o eritema não branqueável pode não ser visível; a sua cor pode diferir da cor da pele circundante. Esta área pode ser dolorosa, mais firme, macia, quente ou fria se comparada com os tecidos adjacentes. Esta categoria pode ser difícil de detectar em indivíduos de pele escura. Pode indicar pessoas “em risco”.</i></p>
II	<p>Perda parcial da pele</p> <p><i>Perda parcial da pele que se apresenta como uma ulcera aberta com um leito vermelho/rosa sem tecido necrótico. Pode também representar uma flictena intacta/em ruptura com conteúdo seroso ou sero-sanguinolento. Apresenta-se sem afundamento ou equimose/hematoma*. Esta categoria não deve ser associada a escoriações, queimaduras, dermatite por incontinência ou maceração.</i></p> <p><i>*Equimose/hematoma indicam lesão tecidular profunda.</i></p>
III	<p>Perda total da pele</p> <p><i>Perda total dos tecidos da pele. O tecido subcutâneo pode ser visível mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. É possível ver a profundidade da ferida; pode incluir locas e túneis. A sua profundidade varia de acordo com a localização anatómica. Os ossos e tendões não são directamente visíveis ou palpáveis.</i></p>
IV	<p>Destruição extensa de tecidos</p> <p><i>Destruição extensa de tecidos com exposição de osso, tendão ou músculo. Necrose pode estar presente. Muitas vezes inclui locas e túneis. A sua profundidade varia de acordo com a localização anatómica. As úlceras de categoria IV podem-se estender aos músculos e outras estruturas de suporte, tornando possível a ocorrência de osteomielite. Os ossos/músculos expostos são visíveis e directamente palpáveis.</i></p>
Graus/Categorias adicionais	
Inclassificável	<p>Destruição extensa de tecidos com profundidade desconhecida</p> <p><i>Destruição extensa de tecidos cuja profundidade está obscurecida pela presença de tecido necrótico (amarelo, acastanhado, cinzento ou castanho) e/ou escara (tecido necrótico acastanhado ou preto) no leito da ferida. Até que seja removido tecido necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada, mas é uma úlcera de categoria III ou IV.</i></p>
Suspeita de lesão profunda dos tecidos	<p>Profundidade desconhecida:</p> <p><i>Área vermelho-escuro ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flictena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente pela pressão e/ou força de torção; a área pode estar rodeada por tecido mais doloroso, firme, mole, húmido, quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente. A evolução pode incluir uma pequena flictena sobre o leito de uma ferida escura; a ferida pode estar coberta por uma fina camada de tecido necrótico (escara). A sua evolução pode ser rápida expondo camadas de tecido adicionais mesmo com o tratamento.</i></p>

ANEXOS

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

**Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
da Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar
da Encarnação – UCCI; LNostrum, SA**

O meu nome é Susana C. M. Trindade e desempenho funções nesta Unidade como Enfermeira. No âmbito da frequência do I Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados (Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias), encontro-me a realizar um estudo de investigação denominado por: “Estudo da Incidência e Prevalência de Úlceras de Pressão na Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação”.

Actualmente a incidência/prevalência de úlceras de pressão é considerado um dos índices de avaliação da qualidade de prestação de cuidados das Unidade de Cuidados Continuados. Assim sendo, torna-se imperioso conhecer a realidade da nossa Unidade de forma a adequar e promover uma constante melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Da mesma forma, os custos que este tipo de feridas acarretam são muito significativos na generalidade dos sistemas de saúde, não sendo a realidade dos cuidados continuados uma excepção.

Pretende-se então com este estudo (objectivos gerais):

- Determinar as taxas de incidência e prevalência de úlceras de pressão na Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação no primeiro semestre de 2012;
- Caracterizar os utentes e as úlceras de pressão na Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação no primeiro semestre de 2012;
- Identificar comportamentos dos profissionais relacionados com as úlceras de Pressão, na referida Unidade e no primeiro semestre de 2012.

Para recolher as informações necessárias, elaborei dois documentos que apresento em Apêndice, um para o Estudo da Prevalência de Úlceras de Pressão (APENDICE I) e outro para o Estudo da Incidência de Úlceras de Pressão (APENDICE II). A referir que são incluídas nestes documentos as seguintes variáveis: idade, género, tipologia de internamento, diagnóstico principal, Score da Escala de Braden, Score do Índice de Barthel, Dieta prescrita, Suplementação Nutricional Adicional, Peso/Altura (para o cálculo do Índice de Massa Corporal), Material de Prevenção, Rotina de Posicionamento/Mobilização e finalmente

Categoria e Localização da(s) Úlcera(s) de Pressão. A acrescentar que no documento relativo à Incidência se acrescenta outra variável: o profissional que detectou a Úlcera de Pressão.

Para o estudo da incidência de Úlceras de Pressão, colher-se-ão os dados de dia 1 a 28 de Fevereiro, 1 a 30 de Abril e finalmente de 1 a 30 de Junho. Este documento será preenchido ao longo do mês, pelo(a) Enfermeiro(a) que detectar a Úlcera de Pressão ou pelo(a) Enfermeiro(a) a quem a mesma seja reportada.

Para estudar a prevalência, escolheu-se um dia do mês aleatoriamente: dia 15. Portanto, a prevalência de Úlceras de Pressão será determinada a 15 de Fevereiro, 15 de Abril e finalmente a 15 de Junho. Este documento será preenchido pelo(a) Enfermeiro(a) que estiver a realizar o turno da Manhã (8-16h).

A referir que é anexo a cada um destes documentos uma versão adaptada do Sistema de Classificação de Úlceras de Pressão da *National Pressure Ulcer Advisory Panel /European Pressure Ulcer Advisory Panel* (2009) (APENDICE III), para que a classificação atribuída às Úlceras de Pressão seja homogênea e congruente com o que está definido pelas organizações acima referidas.

Os documentos serão colocados em todas as Alas de Longa Duração (Acácias, Lírios, Rosas), Média-Duração (Margaridas, Estrelícias, Girassol), Convalescença (Papoilas) e Cuidados Paliativos (Túlipas) no primeiro dia de cada um dos meses referidos, às 8h; e serão recolhidos às 16h do último dia dos meses referidos.

Venho por este meio solicitar a V^a Ex.^a autorização para efectuar esta recolha de dados, garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

Agradecendo atempadamente a atenção dispensada e aguardando a Vossa anuência breve, me subscrevo atenciosamente,

(Susana Trindade)

Encarnação, 26 de Janeiro de 2012

ANEXO II – RESPOSTA AO PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO



UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
L. NOSTRUM, SA

Para os devidos efeitos somos a informar que se autoriza a colheita de dados nos utentes da Unidade e Cuidados Continuados Integrados Lnostrum, SA, para a realização de um estudo de investigação denominado por: "Estudo da Incidência e Prevalência de Úlceras de Pressão na Unidade de Promoção de Autonomia e Bem-Estar da Encarnação", num âmbito académico do I Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com autoria da Sra En^{ta} Susana C. M. Trindade.

Mais se informa que o Estudo deverá comportar todas as componentes éticas exigíveis, nomeadamente a proteção de dados e anonimato dos utentes envolvidos no estudo.

Encarnação, 29 de Janeiro de 2013


L. NOSTRUM, S. A.
(Célia Pereira)
Direção de Enfermagem
Direção Técnica


L. Nostrum SA
Rua da Bela Vista, nº 30
2540 - 224 Encarnação
Tel: 261 850 060 Fax: 261 850 069
cpereira@lnostrum.pt
www.lnostrum.pt

